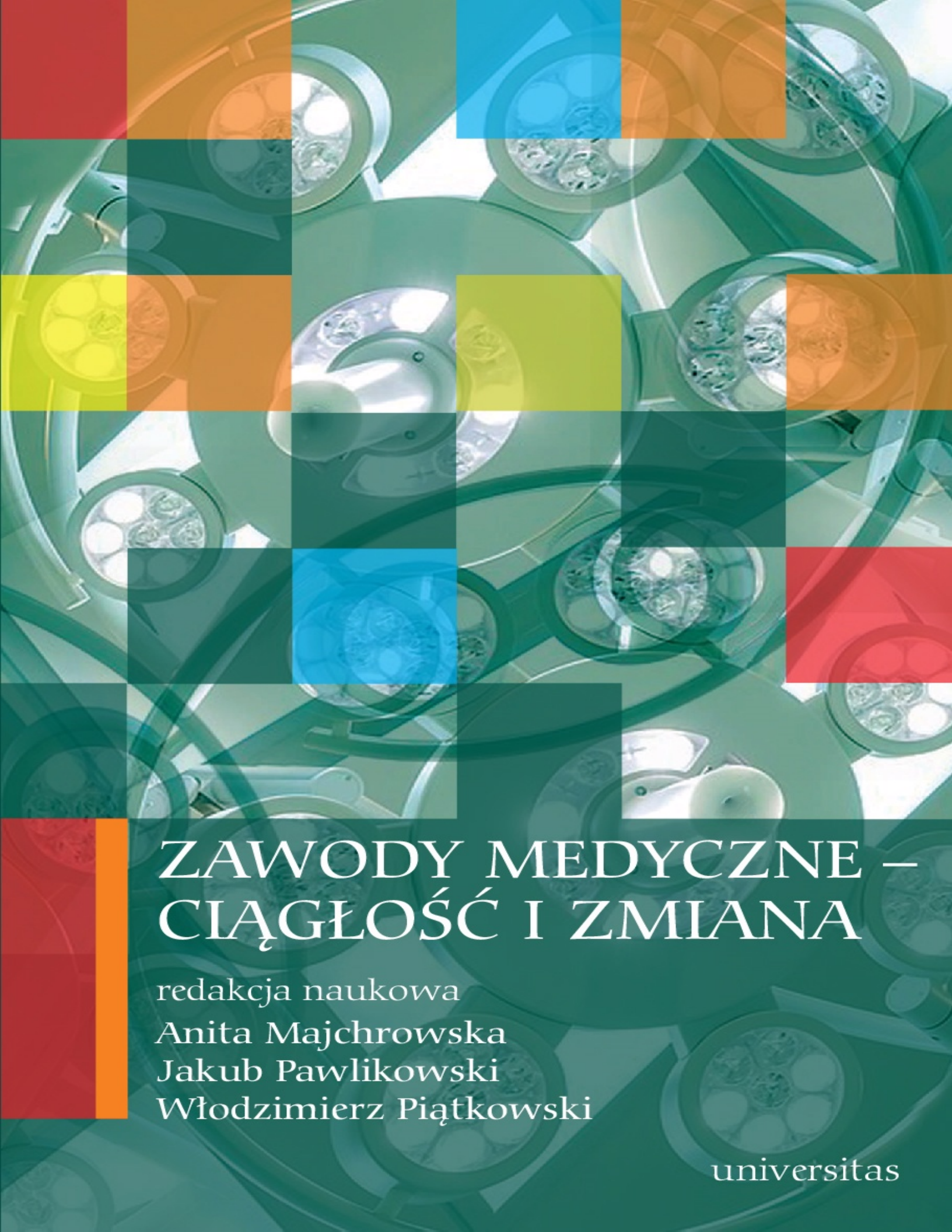


ZAWODY MEDYCZNE – CIĄGŁOŚĆ I ZMIANA

redakcja naukowa
Anita Majchrowska
Jakub Pawlikowski
Włodzimierz Piątkowski

universitas

ZAWODY MEDYCZNE – CIĄGŁOŚĆ I ZMIANA

ZAWODY MEDYCZNE – CIĄGŁOŚĆ I ZMIANA

redakcja naukowa
Anita Majchrowska
Jakub Pawlikowski
Włodzimierz Piątkowski

Publikacja dofinansowana przez Uniwersytet Medyczny w Lublinie

© Copyright by Towarzystwo Autorów i Wydawców
Prac Naukowych UNIVERSITAS, Kraków 2019

ISBN 97883-242-3535-3
e-ISBN 97883-242-2971-0
TAiWPN UNIVERSITAS

Recenzenci
prof. dr hab. Maria Libiszowska-Żółtkowska
dr hab. n. o zdr. Beata Dobrowolska

Opracowanie redakcyjne
Dagmara Wachna

Projekt okładki i stron tytułowych
Sepielak

Na okładce wykorzystano fotografię z Pixabay

www.universitas.com.pl

Wstęp

Rozwój wiedzy medycznej, postęp technologiczny w zakresie opieki i leczenia, a także współczesne przemiany społeczne doprowadziły do profesjonalizacji i specjalizacji w tradycyjnych zawodach medycznych oraz zrodziły zapotrzebowanie na nowe zawody w systemie ochrony zdrowia. Jednocześnie zmiany struktury demograficznej, wzrost świadomości zdrowotnej i oczekiwań pacjentów, jak również narastające zjawiska medykalizacji, jurydyzacji i ekonomizacji przyniosły nowe wyzwania społeczne, organizacyjne, edukacyjne i legislacyjne dotyczące wykonywania zawodów medycznych. Ich wyraźne osadzenie w systemie powinności etycznych i jednocześnie postępujące procesy biurokratyzacji i komercjalizacji systemu ochrony zdrowia spowodowały, iż pogodzenie dobra pacjenta z wymogami systemu stanowi wyzwanie o charakterze nie tylko organizacyjnym, ale również moralnym.

Trudno podać dokładną liczbę zawodów medycznych, waha się ona bowiem w zależności od przyjętych kryteriów klasyfikacyjnych. Szacuje się jednak, że obecnie obejmuje ponad czterdzieści zawodów, ukierunkowanych na różne

obszary diagnostyki, leczenia, rehabilitacji i opieki w ochronie zdrowia. Konieczność określenia ich wzajemnych relacji, uprawnień i zasad wynagradzania stanowi poważne wyzwanie organizacyjne, prawne i społeczne. Przemiany wewnątrz i na zewnątrz systemu ochrony zdrowia niosą ze sobą nowe zadania i wpływają na pozycję, prestiż i zakres ról społecznych, zarówno tradycyjnych, jak i nowych zawodów medycznych, a także tworzą nowe związki z innymi zawodami z otoczenia społecznego medycyny (ang. *allied health professionals*). Procesy te wymagają uważnych badań i analiz, które ułatwią ich zrozumienie i zwiększą świadome uczestnictwo poszczególnych podmiotów w dokonujących się przemianach. Ogromną rolę profesji medycznych dla stabilności społeczeństwa i społecznej kontroli nad procesem chorowania podkreślał już ponad pół wieku temu amerykański socjolog Talcott Parsons[1].

Pojęcie zawodu jest różnie definiowane w zależności od przyjętej perspektywy: w socjologii z punktu widzenia roli i pozycji społecznej, w pedagogice z pozycji wymaganych kwalifikacji, w psychologii z perspektywy pożądanych cech osobowościowych, a w ekonomii z uwzględnieniem wynagrodzenia, nakładów, produktywności i innych wskaźników finansowo-księgowych. Najogólniej przyjmuje się jednak, że zawód to zespół wyodrębnionych czynności wykonywanych stale lub z niewielkimi zmianami przez poszczególne osoby i wymagających określonych

kwalifikacji zdobytych w wyniku kształcenia lub praktyki, które stanowią źródło dochodu. Zawody sprofesjonalizowane cechują się ponadto wymogiem posiadania określonej licencji potwierdzającej uprawnienia, spisanym zbiorem zasad deontologicznych oraz obowiązkiem zrzeszania się.

Celem analiz zawartych w monografii *Zawody medyczne – ciągłość i zmiana* jest ukazanie różnych wymiarów dokonujących się przemian, omówienie wyzwań oraz problemów dotyczących zarówno tradycyjnych, jak i nowych zawodów funkcjonujących w obszarze ochrony zdrowia. Prezentowane poniżej teksty, napisane przez autorów z różnych ośrodków akademickich w Polsce, zawierają rozważania o charakterze interdyscyplinarnym nad społecznymi, prawnymi, psychologicznymi, etycznymi oraz praktycznymi uwarunkowaniami wykonywania zawodów medycznych. W dużej mierze inspiracją dla powstania niniejszego opracowania była Ogólnopolska Konferencja Naukowa, zorganizowana przez Samodzielną Pracownię Socjologii Medycyny na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie w maju 2018 r.

Książkę podzielono na trzy części tematyczne. W pierwszej z nich, zatytułowanej *Zawody medyczne – zagadnienia ogólne*, skoncentrowano się przede wszystkim na prawnych uregulowaniach zawodów medycznych. Znalazły się tam analizy dotyczące większości zawodów medycznych, prezentujące zarówno ogólne

uwarunkowania systemowo-prawne, jak i kwestie dotyczące prawnej ochrony wizerunku, prawa do sprzeciwu sumienia czy zjawiska emigracji kadr medycznych

W drugiej części książki, *„Stare" i „nowe" zawody medyczne – procesy adaptacji i profesjonalizacji*, autorzy poddają analizie różne wymiary funkcjonowania przedstawicieli poszczególnych zawodów, zarówno tych tradycyjnych, o dobrze już ugruntowanej pozycji i wzorcach ról zawodowych, jak i nowych, budujących dopiero swoją tożsamość, pozycję oraz prestiż. Wśród rozważań znalazła się socjologiczna analiza zawodu lekarza i ewolucja tej problematyki w obszarze klasycznej polskiej socjologii medycyny, szczegółowo omówiony został również zawód położnej, jego funkcjonowanie w systemie opieki zdrowotnej oraz przemiany uwarunkowane postępującą emancypacją. W tej części opisano także rolę apteki we współczesnym systemie ochrony zdrowia oraz zakres działań zatrudnionego w niej farmaceuty, co jest szczególnie istotne na tle dynamicznego rozwoju przemysłu farmaceutycznego. Rozdziały dedykowane zawodom medycznym, takim jak ratownik medyczny czy fizjoterapeuta, ukazują przemiany zachodzące w tych profesjach w dziedzinie kształtowania ról zawodowo-społecznych, zakresów odpowiedzialności, poczucia wewnętrznej identyfikacji oraz wspólnoty interesów. W monografii zaprezentowano również stosunkowo nowe zawody, szukające dopiero dla siebie miejsca w systemie

ochrony zdrowia, takie jak koordynator opieki senioralnej, opiekun medyczny czy dietetyk.

W trzeciej części monografii – *Zawody medyczne wobec nowych wyzwań* – opisano problemy, przed którymi stają przedstawiciele współczesnych zawodów medycznych, oraz złożone kwestie determinujące profesjonalne wykonywanie ich zadań. Niewątpliwie jednym z poważniejszych wyzwań jest budowanie kompetencji komunikacyjnych, ponieważ świadomy swoich praw i posiadający coraz wyższy poziom wiedzy zdrowotnej pacjent oczekuje partnerskich relacji w kontakcie z personelem medycznym i współuczestnictwa w procesie diagnostycznym, leczniczym i opiekuńczym. W monografii temat ten został zaprezentowany na przykładzie wyzwań komunikacyjnych w zawodzie lekarza oraz położnej. Trudnym i nieodłącznym doświadczeniem towarzyszącym wykonywaniu większości zawodów w systemie ochrony zdrowia jest wysoki poziom stresu. Jego przyczyny, konsekwencje oraz strategie radzenia sobie z tym obciążeniem omówili autorzy poszczególnych rozdziałów na przykładzie lekarza, pielęgniarki i położnej. Szczególnym wątkiem, będącym od wielu lat przedmiotem intensywnej społecznej dyskusji, jest kwestia wynagradzania w zawodach medycznych. Charakterystykę opinii i kontrowersji na ten temat przedstawiono na przykładzie dochodów lekarzy.

Dynamika życia społecznego, duża mobilność współczesnych społeczeństw oraz masowe migracje

transgraniczne stawiają przed pracownikami systemu ochrony zdrowia nowe wyzwanie, jakim jest efektywny kontakt z pacjentem odmiennym kulturowo. W książce problem ten został omówiony na przykładzie transkulturowej opieki położniczej. Szczególny wymiar opieki położniczej prezentuje rozdział dotyczący porodów domowych, które będąc z jednej strony elementem wielowiekowej tradycji, po okresie znacznego instytucjonalnego zmedykalizowania stają się nowym zjawiskiem społeczno-kulturowym, a jednocześnie istotnym wyzwaniem dla współczesnego położnictwa.

Zawartość monografii pokazuje, jak bardzo zróżnicowana jest problematyka zawodów, które funkcjonują w ramach systemu ochrony zdrowia. Zdając sobie sprawę, że oddawana w ręce Czytelnika pozycja nie stanowi kompleksowego i wyczerpującego omówienia tematu, wyrażamy jednocześnie nadzieję, iż przybliża ona specyfikę pracy, wyzwań i problemów pojawiających się przed osobami pracującymi w tych zawodach oraz pokazuje siłę przemian społecznych wpływających na wykonywanie tych profesji. Jesteśmy przekonani, że szczególną wartością monografii jest wielowymiarowe i interdyscyplinarne spojrzenie na zawody medyczne, autorzy poszczególnych rozdziałów reprezentują bowiem różne dyscypliny naukowe, co naszym zdaniem przyczynia się do integracji badań oraz zwiększenia wzajemnej komplementarności przyjmowanych perspektyw i wynikających z nich wniosków.

Interdyscyplinarność spojrzenia łączy jednak jeden cel, którym jest troska o dobro pacjenta. To na ten cel powinien być ukierunkowany wysiłek wszystkich osób pracujących w systemie ochrony zdrowia, aby uwzględniając dokonujące się przemiany społeczne i wykorzystując nowe możliwości, mogły one zachować ciągłość tradycji w zakresie fundamentalnych zasad moralnych zapewniających trwałe ramy wykonywania zawodów medycznych zgodnie z ich misją i społecznym przeznaczeniem.

Anita Majchrowska
Jakub Pawlikowski
Włodzimierz Piątkowski

---

1 T. Parsons, *System społeczny*, tłum. M. Kaczmarczyk, Kraków 2000, s. 320–321.

Część pierwsza

Zawody medyczne – zagadnienia ogólne

Katarzyna Miaskowska-Daszkiewicz

Zawody medyczne w Polsce – problemy interpretacyjne i wyzwania regulacyjne

Zagadnienia wstępne

Prima facie mogłoby się wydawać, że ustawodawca dysponujący swobodą regulacyjną może podjąć polityczną decyzję, podyktowaną względami społecznymi czy ekonomicznymi, o przyjęciu unormowań wyznaczających prawne podstawy podejmowania i wykonywania danego zawodu. Jednocześnie jednak, będąc elementem władzy publicznej, zobligowany jest on do zapewnienia obywatelom bezpieczeństwa. Obowiązek ten zadekretowano w art. 5 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej[1]. Zważywszy, że ustawa zasadnicza nie definiuje terminu „bezpieczeństwo”, warto przywołać poglądy doktryny, w świetle których należy rozumieć je szeroko, „jako stan dający poczucie pewności i stabilności oraz gwarancji jego ochrony. Chodzi przy tym nie tylko o bezpieczeństwo o charakterze politycznym czy

militarnym, ale również bezpieczeństwo prawne, materialne, społeczne czy ekologiczne”[2]. W perspektywie rozważań zapowiedzianych w tytule niniejszego opracowania należy zwrócić uwagę, że w ogólniejszym zagadnieniu bezpieczeństwa publicznego można ulokować problematykę bezpieczeństwa zdrowotnego. W doktrynie utorował sobie drogę pogląd, w myśl którego bezpieczeństwo zdrowotne to swoisty stan, „w którym istnieje system podmiotów i regulacji prawnych, które mają gwarantować ochronę wartości nadrzędnych, do których zaliczyć można między innymi zdrowie i życie ludzkie, oraz jako swoisty proces zmierzający do ciągłego ulepszania poszczególnych elementów tego systemu w związku z zachodzącą zmiennością czynników determinujących rozwój oraz modyfikację zagrożeń dla życia i zdrowia”[3].

Obowiązek zapewnienia przez państwo bezpieczeństwa zdrowotnego można wywieść także z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP, w którym ustrojodawca zagwarantował prawo podmiotowe każdej jednostki do ochrony zdrowia. Nie oznacza ono bynajmniej prawa do abstrakcyjnie określonego stanu zdrowia poszczególnych jednostek, ale inkorporuje możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie chorób, urazów oraz niepełnosprawności i zapobieganie im[4].

Należy przy tym zaznaczyć, że norma wynikająca z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP nie przesądza o konstrukcji tego

systemu jako całości ani jego poszczególnych elementów. W tradycyjnym rozumieniu organizacja systemu ochrony zdrowia utożsamiana jest z takimi działaniami państwa, jak świadczenia zdrowotne, system zabezpieczeń społecznych, refundacja leków czy system lecznictwa zamkniętego lub organizacja obowiązkowych szczepień. Zważywszy jednak, że przepisy prawa konstytucyjnego nie determinują zakresu pojęcia „ochrona zdrowia”, można stwierdzić, że wszelkie działania podejmowane przez państwo (ujęte w normy prawne i zorganizowane w ramach pewnych struktur administracyjno-prawnych), których celem jest ochrona zdrowia, należy zakwalifikować do systemu ochrony tej wartości. Tym samym uprawniony jest pogląd, że przyjmowanie przez państwo regulacji rządzących dostępem do tzw. zawodów medycznych, wykonywaniem w ich ramach uprawnień oraz nadzorem nad nimi wpisuje się w realizację przez to państwo zadań z dziedziny ochrony zdrowia. Ujmując tę kwestię konstytucyjną od strony negatywnej, trzeba uznać, że względy ochrony zdrowia uzasadniają przyjmowanie regulacji ograniczających wolność wyboru i wykonywania zawodu (art. 65 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP).

Zawód medyczny – problemy z definicją

W polskiej przestrzeni normatywnej nie odnajdziemy definicji pojęcia „zawód medyczny”, umieszczona w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[5] definicja osoby wykonującej zawód medyczny stanowi bowiem wyjaśnienie na potrzeby tego konkretnego aktu prawnego. Jednocześnie jednak nie sposób przecenić tej regulacji w odniesieniu do systemu prawa, ponieważ wiele aktów normatywnych recypuje przyjęte na gruncie tego aktu rozumienie zawodu medycznego i odwołuje się do niego.

Jako przykłady można wskazać ustawę z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia[6], w której art. 2 pkt 11 wyjaśniono, iż pracownikiem medycznym jest m.in. osoba wykonująca zawód medyczny, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.l., czy ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta[7], której art. 3 ust. 1 pkt 3 odsyła w zakresie rozumienia pojęcia „osoba wykonująca zawód medyczny” do art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.l., ustawiając tym samym obowiązki osób wykonujących zawody medyczne w ich relacjach z pacjentami.

Należy również zauważyć, że w obrocie prawnym funkcjonują postanowienia ustaw, które wskazują na osoby wykonujące zawód medyczny i narzucają im pewne obowiązki, jednocześnie nie wyjaśniając, o jaki zakres

podmiotowy zobowiązań chodzi. Przykładem takiej regulacji jest art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi[8], który obliguje osoby wykonujące zawód medyczny do popierania działania publicznej służby krwi w zakresie propagowania i rozwijania dobrowolnego i bezpłatnego oddawania krwi i jej składników oraz stwarzania sprzyjających temu warunków.

Podejmując próbę rekonstrukcji pojęcia „zawód medyczny” na gruncie ustawy o działalności leczniczej, trzeba podkreślić, że ustawa ta posługuje się sformułowaniem „osoba wykonująca zawód medyczny”, ale nie ustosunkowuje się do abstrakcyjnego terminu „zawód medyczny”, wiążąc go z określoną aktywnością osoby fizycznej.

Na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.l. osoba wykonująca zawód medyczny to osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

Przywołana definicja zbudowana jest z dwóch komponentów, determinujących podział na dwie grupy podmiotów uprawnionych do udzielania świadczeń zdrowotnych. Pierwszą stanowią osoby, których uprawnienie do udzielania świadczeń zdrowotnych wynika z odrębnych przepisów. W przypadku tej grupy dla większości zawodów nie wystarczy uzyskanie kwalifikacji,

ale konieczne jest posiadanie uprawnień. O ile uzyskiwanie kwalifikacji w zakresie zawodów medycznych odbywa się w drodze zdobycia dyplomu ukończenia odpowiedniej szkoły i odbycia stażu (specjalizacji), to po powołaniu samorządu zawodowego niektórych zawodów medycznych uprawnienia do wykonywania zawodu uzyskuje się z reguły po wpisaniu na listę odpowiedniej okręgowej rady samorządu (art. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty[9], art. 11 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej[10], art. 7 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej[11], art. 4 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich[12], art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty[13], art. 1c ustawy z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera[14]. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że są to podstawowe, główne zawody medyczne[15].

Druga grupa to przedstawiciele zawodów, którym nie poświęcono odrębnych ustaw, legitymujący się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych „w określonym zakresie” lub „w określonej dziedzinie medycyny”. W tym ostatnim przypadku, ze względu na brak stosownych uregulowań prawnych, najczęściej powstają wątpliwości, czy faktycznie można dany zawód zaklasyfikować do zawodów medycznych.

Zważywszy na stały rozwój medycyny, przedstawiciele tych profesji stanowią dość dużą, ciągle ewoluującą grupę

zawodową[16]. Próby rekonstrukcji jej zakresu można podjąć się, sięgając do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania[17], w którego załączniku, oprócz wymienionych wcześniej tzw. podstawowych zawodów medycznych, sklasyfikowano m.in. następujące profesje: ratownik medyczny, higienistka szkolna, higienistka dentystyczna, felczer, audiofonolog, logopeda, neurologopeda, surdologopeda, dietetyk, kosmetolog, psychoterapeuta, specjalista terapii uzależnień, psychoonkolog, toksykolog, psychotraumatolog, elektroradiolog, technik dentystyczny, opiekun medyczny, specjalista inżynierii medycznej, pomoc dentystyczna, preparator medyczny, sanitariusz szpitalny, zabiegowy balneologiczny, asystentka kobiety w ciąży i w czasie porodu (doula).

Co interesujące, rozporządzenie nie przyporządkowuje zawodu psychologa do zawodów medycznych lub związanych ze służbą zdrowia, umieszczając go w odrębnej kategorii „Psycholodzy i pokrewni”. Tymczasem psycholog, w szczególności specjalista z zakresu psychologii klinicznej, jest przedstawicielem zawodów medycznych, o ile świadczy on usługi zdrowotne[18].

Dla wskazanych profesji podstawą aktywności zawodowej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych jest legitymowanie się fachowymi kwalifikacjami, na które

składają się wiedza i umiejętności. Wiedza to ogół wiarygodnych informacji o rzeczywistości wraz z umiejętnością ich wykorzystania, natomiast umiejętność to sprawdzona możliwość wykonania odpowiedniej klasy zadań w ramach zawodu (specjalności).

Należy w tym miejscu podkreślić, że chociaż prawodawca zdecydował się na uregulowanie wymogów, których spełnienie stwarza możliwość wykonywania zawodu na określonym stanowisku pracy w podmiocie leczniczym, to jednocześnie ograniczył zakres unormowania do podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami[19]. Taki stan pozostawia otwartym pytanie o kwalifikacje zawodowe osób wykonujących zawody medyczne nieuregulowane w dedykowanych im aktach prawnych w sektorze prywatnym, a w konsekwencji o jakość świadczonych usług medycznych i bezpieczeństwo pacjentów z nich korzystających. W perspektywie ochrony zdrowia i życia ludzi wysoce niewystarczająca wydaje się ewentualna następcza weryfikacja rynkowa przedstawicieli zawodów medycznych realizujących świadczenia zdrowotne w sektorze prywatnym.

Powyższej oceny nie zmienia fakt, iż Minister Zdrowia, na podstawie delegacji zawartej w art. 46 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia[20], rozporządzeniem z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających

zastosowanie w ochronie zdrowia[21] doprecyzował wymogi, od spełnienia których zależy prawo do posługiwania się tytułem specjalisty, ale uczynił to tylko w stosunku do 15 wybranych dziedzin w ochronie zdrowia, które z całą pewnością nie odpowiadają dziedzinom medycyny ani nie obejmują pełnego ich zakresu.

Katalog zawodów stypizowanych w przywołanym rozporządzeniu w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności, które mają zastosowanie w ochronie zdrowia, jest znacznie szerszy, jednak należy pamiętać, że rekonstruując pojęcie „osoba wykonująca zawód medyczny" trzeba – obok czynnika podmiotowego – wziąć pod uwagę, czy przedstawiciel danej profesji wykonuje zawód, realizując świadczenia zdrowotne.

W świetle art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l. świadczenie zdrowotne to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Zważywszy na pojemność tej definicji i fakt, że determinantem pojęcia „osoba wykonująca zawód medyczny" jest posiadanie kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym (a więc również ograniczonym) zakresie, nie może dziwić fakt, że trudno wyczerpująco ustalić zakres tego terminu.

Z pomocą nie przychodzi sam ustawodawca, który – jak wskazano wcześniej – w art. 2 pkt 11 ustawy o systemie

informacji w ochronie zdrowia posługuje się terminem „pracownik medyczny”, obejmując zakresem tego pojęcia osobę wykonującą zawód medyczny oraz osobę uprawnioną do świadczenia usług farmaceutycznych, która udziela świadczeń opieki zdrowotnej lub świadczy usługi farmaceutyczne w ramach stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej. W myśl zasady *lege distinguente* prawodawca wyraźnie wyłącza farmaceutę, jako osobę uprawnioną do świadczenia usług farmaceutycznych w świetle art. 2a ust. 1 pkt 7 ustawy o izbach aptekarskich, spod zakresu terminu „osoba wykonująca zawód medyczny”. W perspektywie oceny spójności systemu prawa zabieg taki budzi wątpliwości, bowiem w moim przekonaniu farmaceuta, o ile realizuje świadczenia zdrowotne, jest osobą wykonującą zawód medyczny. Argumentem na rzecz tej tezy może być fakt, że w prawie unijnym wydawanie i udostępnianie produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych w aptekach ogólnodostępnych jest zaliczane do świadczeń opieki zdrowotnej[22]. Niezależnie od tego należy podkreślić, że w świetle art. 2a ust. 2 ustawy z dnia 6 czerwca 2001 r. – Prawo farmaceutyczne[23] farmaceuta został wskazany (choć tylko na potrzeby tej ustawy) jako osoba wykonująca zawód medyczny.

Zawód medyczny
a zawody zaufania publicznego

Jakkolwiek aktywność zawodowa przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych, zarówno tych *sensu stricto*, jak i *largissimo*, odnosi się do sfery szczególnie wrażliwych dóbr człowieka, to nie wszystkie zawody medyczne można kwalifikować na gruncie prawa jako zawody zaufania publicznego.

Chcąc dokonać rekonstrukcji terminu „zawód zaufania publicznego", należy odwołać się do art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, w którym ustrojodawca posłużył się tym pojęciem, jednocześnie jednak nie zdefiniował go. Zgodnie z przywołanym postanowieniem ustawy zasadniczej można tworzyć samorządy zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

W sytuacji braku konstytucyjnej definicji zawodu zaufania publicznego Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 24 marca 2015 r., K 19/14[24] sformułował kryteria kwalifikowania poszczególnych zawodów jako zawodów zaufania publicznego, zastrzegając jednocześnie, że ocena ta powinna być dokonywana *a casu ad casum*.

Analiza przepisów prawa normujących zawody medyczne pozwala na stwierdzenie, że w celu nazwania konkretnej profesji zawodem zaufania publicznego nie jest

konieczna wyraźna dyspozycja ustawodawcy, a status takiego zawodu należy odczytywać przez pryzmat całokształtu dedykowanej mu regulacji, w tym w szczególności norm kreujących samorząd zawodowy i jego kompetencje.

Przyznanie określonej profesji miana zawodu zaufania publicznego otwiera przed ustawodawcą możliwość utworzenia samorządu zawodowego o dwojakich kompetencjach: po pierwsze, reprezentowania na zewnątrz osób wykonujących zawody zaufania publicznego (wobec obywateli oraz organów władzy publicznej) i po drugie, dbania o należyte wykonywanie tych zawodów w granicach interesu publicznego i w celu jego ochrony. Ustalenie to ma istotne znaczenie praktyczne, bowiem przynależność osób wykonujących zawód zaufania publicznego do samorządów zawodowych jest obligatoryjna[25], aby zapewnić możliwość sprawowania przez te samorządy pieczy nad wykonywaniem zawodów zaufania publicznego. Jakkolwiek bowiem art. 65 ust. 1 Konstytucji RP statuuje konstytucyjne zagwarantowanie trzech odrębnych wolności: wyboru zawodu, wykonywania zawodu oraz wyboru miejsca pracy, to art. 17 ust. 1 ustawy zasadniczej przewiduje możliwość ograniczenia swobody wykonywania zawodu zaufania publicznego przez instrumenty władcze, w jakie wyposażony został samorząd zawodowy, będący formą decentralizacji władzy publicznej. Instrumenty te mogą mieć charakter zarówno indywidualny (np. uznanie

wykształcenia zdobytego za granicą, ukaranie karą dyscyplinarną), jak i generalny, co oznacza, że adresowane są do wszystkich członków danej korporacji zawodowej (np. kodeks etyki, standardy profesjonalnego postępowania).

W wyroku z dnia 19 kwietnia 2006 r., K 6/06[26] Trybunał Konstytucyjny stwierdził dodatkowo, że „nadanie pewnym zawodom charakteru zawodów zaufania publicznego oznacza, w rozumieniu Konstytucji, ustawową dopuszczalność nakładania pewnych ograniczeń w zakresie konstytucyjnej wolności dostępu do zawodu i jego wykonywania (art. 65 ust. 1 Konstytucji)".

Sprawując pieczę nad należytym wykonywaniem zawodu, samorząd podejmuje szereg działań, wśród których należy wskazać: przyznawanie prawa wykonywania zawodu, dopuszczanie do wykonywania zawodu, czyli na ogół wpis na listę osób wykonujących dany zawód, stosowanie ustawowych sankcji za nienależyte wykonywanie zawodu, prowadzenie listy osób wykonujących dany zawód, prowadzenie szkoleń dla członków czy wykonywanie władztwa dyscyplinarnego. Jak bowiem podkreślił sąd konstytucyjny: „Gwarancją świadczenia usług na odpowiednim poziomie jest również istniejący w obrębie organizacji samorządu zawodowego system sankcji i procedur zapewniających przestrzeganie reguł deontologii"[27]. W konsekwencji normy o charakterze deontologicznym, pochodzące od struktur korporacyjnych, chociaż wyraźnie uelastyczniają przepisy ustawy,

jednocześnie jednak ograniczają wolność wykonywania zawodu[28]. W perspektywie wymogów ochrony zdrowia ludzkiego taki stan jest ze wszech miar pożądany.

Przenosząc poczynione ustalenia na grunt regulacji dotyczących zawodów medycznych, należy wskazać, że analiza przepisów prawa prowadzi do wniosku, iż aktualnie mamy do czynienia z następującymi zawodami zaufania publicznego wśród zawodów medycznych: lekarz i lekarz dentysta (ujmowani łącznie, korporacja: Naczelna Izba Lekarska), pielęgniarka i położna (korporacja: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych), farmaceuta (korporacja: Naczelna Izba Aptekarska), diagnosta laboratoryjny (korporacja: Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych), fizjoterapeuta (korporacja: Krajowa Izba Fizjoterapeutów) oraz psycholog (jakkolwiek samorząd zawodowy ostatniej grupy zawodowej można scharakteryzować obecnie jako *in statu nascendi*).

Zważywszy, że potrzeby w zakresie zdrowia ludzkiego są wymieniane w naukach społecznych w hierarchii potrzeb człowieka wśród potrzeb egzystencjalnych pierwszego rzędu[29], szczególnie ważne jest właściwe funkcjonowanie samorządów zawodów medycznych, ich aktywność służy bowiem pacjentom i wpływa na ich bezpieczeństwo zdrowotne[30].

Wyzwania regulacyjne

Biorąc pod uwagę trudności z zakwalifikowaniem poszczególnych zawodów do grupy zawodów medycznych, co jest ważne przykładowo dla stosowania prawa podatkowego[31], warto pokreślić konieczność ujednolicenia w obrębie całego systemu prawa definicji tego terminu. Być może niezbędną techniką legislacyjną w tym zakresie będzie posłużenie się przez ustawodawcę enumeracją, co w konsekwencji zawęzi zakres podmiotowy profesji aktywnych w szeroko rozumianej ochronie zdrowia do konkretnych zawodów wskazanych przez prawodawcę (*enumeratio ergo limitatio*), ewentualnie przepisy prawa mogłyby dookreślać za każdym razem, czy dana aktywność zawodowa mieści się w pojęciu zawodu medycznego. W odniesieniu do tzw. pobocznych zawodów medycznych, o których była mowa wcześniej, zasadne byłoby przyjęcie kompleksowej regulacji odnoszącej się do kryteriów brzegowych podejmowania i wykonywania zadań zawodowych profesji, które dotychczas nie zostały nieobjęte regulacjami ustawowymi w Polsce. Dla weryfikacji podmiotów świadczących opiekę zdrowotną przydatny byłby również centralny rejestr osób wykonujących zawody medyczne niebędące zawodami zaufania publicznego. Warto wskazać, że prawodawca podejmował próby przyjęcia regulacji mającej na celu ustalenie zasad dostępu do wykonywania zawodów medycznych, wykonywania zawodów medycznych, kształcenia ustawicznego i odpowiedzialności zawodowej[32],

jednakże prace legislacyjne do tej pory nie wyszły poza fazę projektu.

Deficyty w regulacji zawodów medycznych można dostrzec również na płaszczyźnie tzw. podstawowych zawodów medycznych. Ilustracją dla tego twierdzenia może być brak norm prawa powszechnie wiążącego, które operacjonalizowałyby realizację usługi opieki farmaceutycznej. *De lege lata* przepisy prawa nie precyzują ani sposobu prowadzenia dokumentacji opieki farmaceutycznej, ani możliwości dostępu farmaceutów do dokumentacji medycznej pacjenta, ani formuły współpracy farmaceutów z przedstawicielami innych zawodów medycznych uprawnionymi do zlecania farmakoterapii czy też źródeł finansowania opieki farmaceutycznej.

Ważnym zagadnieniem w perspektywie braków kadrowych w ochronie zdrowia jest również kontynuacja odciążania administracyjnego lekarzy, pielęgniarek i położnych, w szczególności poprzez rozwijanie narzędzi e-zdrowia czy wprowadzanie nowych zawodów o charakterze wspierającym (takich jak zawód asystenta medycznego).

Nie deprecjonując szczegółowych problemów wynikających z wykonywania zawodów medycznych, w szczególności niedoszacowania przez dysponenta budżetu państwowego kosztów opieki zdrowotnej o oczekiwanej przez beneficjentów systemu ochrony zdrowia jakości, można zaryzykować twierdzenie, że przywołane wyżej zagadnienia stanowią aktualnie

najpilniejsze wyzwania regulacyjne. Ingerencja prawodawcy w sferę dostępności do zawodów medycznych i wykonywania zadań zawodowych przedstawicieli tych profesji musi być zawsze uzasadniona dążeniem do ochrony zdrowia ludzkiego i wyczerpywać znamiona proporcjonalności oraz zachowania praw nabytych pod rządami ewentualnych wcześniejszych regulacji.

Medical professions in Poland: interpretation problems and regulatory challenges

Summary

Legal regulation of access to medical professions and the rules for their exercise falls within the public authorities' obligation as a guarantor of the security of citizens (Article 5 of the Constitution of the Republic of Poland) and the need to implement the right to health protection (Article 68 par. 1 of the Constitution). These considerations constitute a justified interference in the freedom to choose and exercise the profession referred to in Article 65 par. 1 of the Constitution. Although the legislator included in legal norms the issue of performing medical professions, he did not do so in a comprehensive manner. This article is a voice in the discussion of the legal problems related to the lack of the systemic concept of a medical profession. The concept of "medical profession" is reconstructed, and the problems with the classification of particular professions within the category of medical professions are pointed out. Due to the nature of human life and health as protected goods, some medical professions possess the status of a profession of public trust. The texts further discusses the features decisive for the recognition of a given profession as a profession of public trust, as based on the jurisprudence of the Polish Constitutional Tribunal. The

analysis ends with the indication of the most important regulatory challenges concerning medical professions in Poland.

Keywords: medical professions, professions of public trust, professional self-government

DR N. PRAWN. KATARZYNA MIASKOWSKA-DASZKIEWICZ – Katedra Prawa Administracyjnego, Wydział Prawa, Prawa Kanonicznego i Administracji, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

---

1 Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm. i sprost.), dalej: Konstytucja RP.

2 M. Florczak-Wątor, w: *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. I, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016, s. 288, komentarz do art. 5.

3 R. Stankiewicz, *Model racjonalizacji dostępu do produktu leczniczego*, Warszawa 2014, s. 9.

4 Por. wyrok TK z dnia 23 marca 1999 r., K 2/98, „Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego Zbiór Urzędowy" 1999, nr 3, poz. 38.

5 Tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm., dalej: u.d.l.

6 Tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 408 ze zm.

7 Tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 ze zm.

8 Tekst jedn. Dz.U. z 2017 r. poz. 1371 ze zm.

9 Tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 617 ze zm.

10 Tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.

11 Tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 2245 ze zm.

12 Tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 1496 ze zm.

13 Tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 505 ze zm.

14 Tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 2150 ze zm.

15 Z. Banaszczyk, *Formy prowadzenia działalności leczniczej*, w: *System Prawa Medycznego*, t. I, *Instytucja prawa medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek,

Warszawa 2018, s. 662; S. Poździoch, *Prawo zdrowia publicznego. Zarys problematyki. Zdrowie i zarządzanie*, Kraków 2004, s. 49.

16 D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 466.

17 Tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 227 ze zm.

18 L.J. Żukowski, *Zawód psychologa w ochronie zdrowia. Reglamentacja administracyjnoprawna*, Warszawa 2017, s. 66–68.

19 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151, poz. 896).

20 Dz. U. poz. 599 ze zm.

21 Dz. U. poz. 1217 ze zm.

22 Art. 3a dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L 88, s. 45 i n. ze zm.).

23 Tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 499 ze zm.

24 Dz. U. poz. 476.

25 Co potwierdził TK w wyrokach: z dnia 22 maja 2001 r., K 37/00, Dz. U. Nr 54, poz. 573 oraz z dnia 18 października 2010 r., K 1/09, Dz. U. Nr 200, poz. 1326.

26 Dz. U. Nr 75, poz. 529.

27 Wyrok TK z dnia 18 marca 2003 r., K 50/01, Dz. U. Nr 59, poz. 532.

28 Szerzej zob. K. Zacharzewski, *Znaczenie kodeksów deontologicznych w dziedzinie prawa prywatnego*, „Przegląd Prawa Handlowego" 2011, nr 6, s. 38.

29 S. Kostańczak, *Zdrowie jako wartość ogólnospołeczna*, „Studia Ecologiae et Bioethicae" 2012, nr 10 (3), s. 23.

30 A. Sawoni, *Medyczne samorządy zawodów zaufania publicznego – gwarancja bezpieczeństwa pacjentów*, w: *Samorząd zawodowy gwarantem bezpieczeństwa jednostki. Materiały z konferencji zorganizowanej przez Komisję Praw Człowieka, Praworządności i Petycji we współpracy z Mazowieckim Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego 2 czerwca 2017 r.*, Centrum Informacyjne Senatu, Warszawa 2017, s. 41.

31 Zob. K. Miaskowska-Daszkiewicz, *Medical professions in Poland – selected legal issues*, „Polish Journal of Public Health" 2018, vol. 128 (2), s. 60–61.

32 Zob. np. projekty ustawy o niektórych zawodach medycznych (druki sejmowe: nr 1553 Sejmu V kadencji oraz nr 846 Sejmu VI kadencji).

Joanna Banasiuk

Prawna ochrona wizerunku w praktyce medycznej

Uwagi ogólne

Zagadnienia związane z problematyką wizerunku budzą wiele wątpliwości w praktyce funkcjonowania podmiotów leczniczych. Dotyczą one szczególnie zdjęć medycznych, możliwości utrwalania przez pacjentów przebiegu udzielania świadczeń zdrowotnych, stosowania monitoringu wizyjnego w podmiotach leczniczych czy wykorzystywania wizerunku lekarzy w reklamie działalności leczniczej lub produktów leczniczych. Objętość tekstu nie pozwala na dokładne omówienie wszystkich ze wskazanych problemów badawczych, rozważania ograniczono więc do dwóch zagadnień, które nie są szczegółowo opisane w polskim piśmiennictwie. W pierwszej kolejności zostanie podjęta próba analizy pojęcia zdjęć medycznych oraz wskazania zasad korzystania z fotografii klinicznych. W dalszej części artykułu przedmiotem rozważań stanie się problematyka

utrwalania przez pacjentów przebiegu udzielania świadczeń zdrowotnych. W opracowaniu wykorzystano polską, angielską i amerykańską literaturę przedmiotu oraz polskie orzecznictwo sądowe w zakresie uzasadnionym podjętą tematyką. Wyprowadzone wnioski będą odnosiły się do polskiego kontekstu prawnego.

Pojęcie zdjęć klinicznych (medycznych) i zasady ich rozpowszechniania

Zdjęcia kliniczne są powszechnie wykorzystywane na gruncie różnych działów medycyny, w szczególności w dermatologii[1], chirurgii plastycznej[2], genetyce[3] czy ortopedii[4]. Odnoszą się do praktyki utrwalania obrazu i/lub dźwięku w kontekście opieki zdrowotnej w celu zobrazowania stanu, leczenia i zmiany stanu zdrowia pacjenta[5]. Stanowią przy tym nie tylko cenne dane zamieszczane w dokumentacji medycznej i ułatwiające konsultacje medyczne, ale niejednokrotnie służą również jako cenny materiał dydaktyczny dla studentów uczelni wyższych. Niezależnie od tego zdjęcia pozyskane od pacjentów są publikowane w czasopismach medycznych zarówno jako materiał ilustrujący opisywane przypadki kliniczne, jak i w ramach periodyków zawierających zbiory zdjęć medycznych[6].

Pomimo tak szerokiego zastosowania zdjęć klinicznych na gruncie piśmiennictwa brakuje jednolitości terminologicznej. Przedstawiciele literatury przedmiotu posługują się w szczególności pojęciami *clinical image*[7], *medical image*[8], *clinical photography*[9] i *medical photography*[10]. O ile najczęściej stosowane są one zamiennie i traktowane jako synonimy, o tyle wydaje się, że na gruncie piśmiennictwa można wyodrębnić dwa stanowiska co do zakresu wskazanych pojęć. Zgodnie z pierwszym ujęciem (*sensu stricto*) termin „zdjęcia kliniczne" powinien być rozumiany wąsko i obejmować wyłącznie materiały fotograficzne[11]. Stosownie do drugiego stanowiska pojęcie to jest kategorią szeroką (ujęcie *sensu largo*) i niezależnie od materiałów fotograficznych obejmuje również nagrania dźwiękowe i materiały audiowizualne[12]. Wskazuje się, że zdjęcia kliniczne mogą obejmować w szczególności obraz ciała pacjenta – uraz, zmianę skórną, płyn ustrojowy, obraz diagnostyczny lub materiał patomorfologiczny[13]. Pojęcie nagrań odnosi się w szczególności do zarejestrowanych obrazów zabiegów medycznych.

Jednym z zagadnień wymagających rozstrzygnięcia w kontekście wykorzystywania zdjęć medycznych jest problematyka zgody na wykonanie i korzystanie z fotografii odwzorowujących wizerunek lub fragment postaci pacjenta. Kwestie te stały się nie tylko przedmiotem rozważań na gruncie piśmiennictwa, ale także obszarem normowanym

przez cześć podmiotów medycznych w formie wytycznych i dobrych praktyk.

Analiza poglądów przedstawicieli doktryny i treści dokumentów ustanawiających zasady postępowania personelu medycznego pozwala wskazać dwa zasadnicze stanowiska w tym zakresie. Zgodnie z pierwszym konieczne jest pozyskanie zgody pacjenta zarówno na wykonanie, jak i korzystanie ze zdjęć, niezależnie od tego, czy pacjent jest na zdjęciu rozpoznawalny[14]. Dla uzasadnienia tego stanowiska na gruncie piśmiennictwa wskazuje się, że w sytuacji, w której pacjent nie jest rozpoznawalny i publikacja zdjęć nie doprowadzi do naruszenia jego prawa do prywatności, przysługuje mu prawo własności swojego wizerunku. Jako przykład podaje się, że niewłaściwe byłoby wykonanie przez lekarza zdjęcia zmiany skórnej bez zgody pacjenta; tym bardziej powinno się przyznać pacjentowi prawo do ograniczenia wykorzystywania takiego zdjęcia medycznego[15]. Dostępne przykładowe formularze zgody mają co do zasady podobną treść i obejmują zgodę pacjenta na wykonanie i wykorzystanie zdjęć medycznych w szczególności dla celów: zamieszczenia w dokumentacji medycznej, edukacyjnych, instruktażowych dla innych pacjentów oraz publikacji naukowych. W większości przypadków pacjent może decydować o zakresie zgody oraz jest informowany o możliwości jej wycofania. Ponadto formularz powinien obejmować wyjaśnienie, że odmowa wyrażenia przez pacjenta zgody nie wpłynie negatywnie na

jego proces leczenia oraz że w przypadku wyrażenia takiej zgody nie otrzyma on z tego tytułu wynagrodzenia.

Stosownie do drugiego poglądu można odstąpić od uzyskania zgody pacjenta, jeżeli dana osoba nie jest rozpoznawalna na zdjęciu klinicznym. Zastosowanie tego kryterium pozwoliło na skonstruowanie otwartego katalogu materiałów i obszarów, których utrwalenie nie wymaga zgody pacjenta. W szczególności wskazuje się na zdjęcia organów wewnętrznych lub struktur, zdjęcia preparatów patomorfologicznych, zdjęcia laparoskopowe i endoskopowe, nagrania funkcjonowania organów, obrazy ultrasonograficzne, promienie X oraz sytuacje, w których zgody na zdjęcie nie da się oddzielić od zgody udzielonej na leczenie lub określoną procedurę medyczną[16]. W przypadku przeprowadzania procedur obejmujących wykonywanie zdjęć wskazanych wyżej materiałów zaleca się, aby uprzedzić o tym fakcie pacjenta oraz zaznaczyć, że utrwalone materiały w postaci zanonimizowanej mogą zostać wykorzystane w celu nie dotyczącym bezpośrednio pacjenta, w szczególności na potrzeby nauczania, szkolenia, oceny pracy personelu medycznego, dla celów badawczych lub innych zastosowań związanych ze zdrowiem[17].

Wydaje się, że za możliwością korzystania ze zdjęć medycznych bez zgody pacjenta w sytuacji, gdy nie jest on rozpoznawalny, opowiedział się także *implicite* Międzynarodowy Komitet Wydawców Medycznych (ang. International Committee of Medical Journal Editors). O ile

w stanowisku stwierdzono, że informacje identyfikujące pacjenta, w tym zdjęcia, nie powinny być publikowane, chyba że dla celów naukowych i po uzyskaniu pisemnej zgody pacjenta lub jego opiekuna prawnego, o tyle jednocześnie podkreślono, że poinformowana zgoda powinna zostać wyrażona w sytuacji, w której powstają wątpliwości co do pełnej anonimowości materiału[18].

Stanowisko to znalazło uzasadnienie na gruncie wytycznych stosowanych przez czasopisma medyczne. Jak wskazuje się przykładowo na łamach „British Medical Journal", zdjęcia takie jak promienie rentgenowskie, obrazy laparoskopowe, obrazy ultrasonograficzne, slajdy patologiczne lub obrazy nieistotnych części ciała mogą być wykorzystywane bez zgody, jeżeli są zanonimizowane przez usunięcie jakichkolwiek znaków identyfikacyjnych i jeżeli nie towarzyszy im tekst, który mógłby ujawnić tożsamość pacjenta na podstawie danych klinicznych lub osobistych[19].

Podobne wymogi obowiązują w „JAMA Dermatology", gdzie konieczne jest uzyskanie pisemnej zgody na publikację zdjęcia, jeżeli pacjent jest na nim rozpoznawalny (choćby nawet tylko dla samego pacjenta)[20]. W celu ustalenia, czy dane zdjęcie umożliwia identyfikację pacjenta, w piśmiennictwie zaproponowano tzw. test anonimowości (ang. *test of anonymity*). Wskazuje się, że zdjęcia, które zawierają ucho, oko, zarost na twarzy lub zmiany skórne, mogą nie ujawniać tożsamości osoby. Test anonimowości sprowadza się przy tym do ustalenia, czy

pacjent mógł rozpoznać swój wizerunek. W takim przypadku nawet znamię, tatuaż, biżuteria, ubranie, lakier do paznokci lub unikalny element zawarty w fotografii może ujawniać tożsamość pacjenta[21].

Wydaje się, że należy podzielić stanowisko, zgodnie z którym dla zachowania anonimowości nie jest wystarczające umieszczenie czarnego paska na linii oczu[22] czy tzw. pikselowanie obszaru obejmującego oczy. Jednocześnie zasadne wydaje się w takim przypadku zarówno wcześniejsze usunięcie lub zasłonięcie elementów identyfikujących pacjenta, jak i późniejsze kadrowanie zdjęcia przez jego przycinanie, przy jednoczesnej starannej próbie zachowania elementów procesu klinicznego, który ma zostać odwzorowany[23].

Podsumowując powyższe rozważania, należy zauważyć, że pojęcie zdjęć klinicznych nie może być utożsamiane z utrwalonym wizerunkiem osoby fizycznej. Termin „wizerunek” jest pojęciem szerszym i powinien być rozumiany jako cechy twarzy i całej postaci, które pozwalają zidentyfikować osobę jako określoną jednostkę fizyczną[24]. Chodzi zatem o dostrzegalne, fizyczne cechy człowieka, tworzące jego wygląd i pozwalające na identyfikację tej osoby wśród innych ludzi[25].

Wskazuje się, że wizerunek, jako dobro prawne, stanowi szeroko pojętą podobiznę człowieka, a więc konkretyzację i ustalenie obrazu fizycznego jednostki, zdatną do zwielokrotniania i rozpowszechniania. Wizerunek

w sensie prawnym nie jest więc tożsamy z wyglądem fizycznym człowieka, stanowi przedstawienie i konkretyzację tego wyglądu.

Warunkiem niezbędnym do uznania danego przedstawienia wyglądu człowieka za wizerunek stanowiący chronione dobro osobiste jest możliwość jego przypisania do określonej osoby, identyfikacja tej osoby za pomocą danego wizerunku, przy czym identyfikacja taka może nastąpić bezpośrednio lub pośrednio poprzez dołączone wskazówki, kontekst sytuacyjny, w jakim jest umieszczona podobizna danej postaci, czy podpis umieszczony pod zdjęciem[26].

W konsekwencji o naruszeniu dobra osobistego w postaci wizerunku osoby fizycznej można mówić wówczas, gdy opublikowana fotografia wykonana jest w sposób umożliwiający rozpoznanie oraz identyfikację danej osoby[27]. W tym kontekście należy uznać, że rozpowszechnianie zdjęć klinicznych, na podstawie których nie można ustalić tożsamości osoby sportretowanej, nie prowadzi do naruszenia prawa do wizerunku. Dotyczy to w szczególności obrazów laparoskopowych, endoskopowych, nagrań funkcjonowania organów, obrazów ultrasonograficznych, promieni X i materiałów patomorfologicznych. Niezależnie od tego wydaje się, że do tej grupy zdjęć medycznych należy zaliczyć zdjęcia ciała lub jego fragmentów, które zostały wykonane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta.

Zaproponowany na gruncie piśmiennictwa test anonimizacji jest odpowiedni do zagwarantowania poszanowania prawa do prywatności i wizerunku pacjenta, przy czym jednocześnie trzeba podkreślić, że wyznaczone przez zwolenników testu kryteria należy określić jako ostre. W tym kontekście wydaje się, że przeprowadzając test, należałoby dążyć do możliwie pełnej obiektywizacji jego wyników; nie można przy tym wykluczyć subiektywnego, błędnego przekonania pacjenta o pochodzeniu przedstawionego mu materiału. Jest to o tyle istotne, że w świetle doktryny prawa cywilnego można mówić o naruszeniu dóbr osobistych w sytuacji, gdy naruszenie to ma charakter obiektywny. Subiektywne przekonanie podmiotu o bezprawnym naruszeniu jego dobra osobistego nie stanowi okoliczności relewantnej dla odpowiedzialności prawnej[28]. W związku z tym można rozważyć przedstawienie pacjentowi kilku zdjęć, w tym zdjecia zawierającego fotografię jego części ciała, w celu zobiektywizowania sytuacji faktycznej. Jednocześnie rozpowszechnianie fotografii, które zawierają elementy umożliwiające identyfikację pacjenta, z punktu widzenia prawa cywilnego, w tym prawa autorskiego, wymaga zgody na rozpowszechnianie wizerunku[29].

Ponadto twierdzenie, że przy rozpowszechnianiu zdjęcia medycznego zawierającego obraz uniemożliwiający identyfikację osoby jako określonej jednostki fizycznej, *ergo* przy braku naruszenia prawa do prywatności, możemy mieć

do czynienia z naruszeniem prawa własności do wizerunku, stanowi konsekwencję uznania ciała za przedmiot prawa własności. Nie podejmując szerszej dyskusji w tym zakresie, trzeba wskazać, że pogląd ten, wydający się wywodzić z perspektywy utylitarystycznej lub libertariańskiej, nie znajduje głębszego uzasadnienia na gruncie europejskiej kontynentalnej doktryny prawniczej, która pozostawia ciało ludzkie poza kategorią władztwa prawnorzeczowego i obejmuje je ochroną praw osobowych[30].

Możliwość utrwalania przebiegu wizyty lekarskiej

Problematyka utrwalania przebiegu wizyty lekarskiej stanowi ważne zagadnienie z punktu widzenia praktyki medycznej, w szczególności w kontekście rozwoju techniki i coraz większych możliwości rejestracji dźwięku i obrazu. Prawne rozwiązania w tym zakresie są istotne nie tylko z punktu widzenia pacjenta zainteresowanego utrwaleniem procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, ale także lekarza, którego wizerunek staje się przedmiotem nagrania.

O wadze problemu niech świadczy fakt, że w czołowych czasopismach medycznych publikowane są wyniki badań odnoszące się do omawianego zagadnienia. Przykładowo w 2015 r. na łamach „British Medical Journal”

opublikowano wyniki badań w zakresie rejestracji przez pacjentów wizyt lekarskich. W przekrojowym badaniu przeprowadzonym wśród ogółu społeczeństwa w Wielkiej Brytanii 19 z 128 respondentów (15%) wskazało, że potajemnie zarejestrowało wizytę w przychodni, a 14 z 128 respondentów (11%) było świadomych tego, że ktoś potajemnie nagrywa przebieg wizyty w klinice; 45 (35%) osób stwierdziło, że rozważałoby nagrywanie potajemnie, a 44 (34%) uznało, że utrwaliłoby przebieg wizyty po otrzymaniu zgody. Oznacza to, że 69% respondentów wyraziło chęć zarejestrowania wizyt lekarskich[31]. W innym badaniu, przeprowadzonym na grupie 456 klinicystów i 524 innych respondentów, stwierdzono, że więcej niż jedna czwarta klinicystów (129/456, czyli 28,3%) rejestrowała przebieg wizyty lekarskiej na osobisty użytek pacjentów. Jednocześnie 18,7% innych respondentów wskazywało na rejestrowanie wizyty lekarskiej (98/524), w tym 2,7% (14/524) bez zgody lekarza. Pośród klinicystów, którzy nie rejestrowali wizyt, blisko połowa (162/327, czyli 49,5%) wyrażała chęć rejestracji wizyty w przyszłości[32].

Wyniki badań wskazują, że motywacje pacjentów sprowadzają się do tego, że chcą oni powtórnie odsłuchać nagranie, przypomnieć sobie i lepiej zrozumieć informacje medyczne oraz podzielić się tymi informacjami z członkami rodziny. Jednocześnie nagrania audio są cenione wysoko – 72% pacjentów słuchało nagrań, 68% dzieliło się nimi

z opiekunem, a osoby otrzymujące nagrania wskazywały na większe zrozumienie informacji medycznych[33].

Podkreśla się, że nagrywanie wizyt lekarskich wzmacnia pozycję pacjenta w podejmowaniu decyzji medycznych oraz pomaga zmniejszyć nieporozumienia kliniczne przy jednoczesnym utrzymaniu odpowiedzialności pacjentów i ich lekarzy[34].

Biorąc pod uwagę obowiązujące rozwiązania normatywne, w sytuacji, w której pacjent rejestruje przebieg wizyty lekarskiej, lekarz może kontynuować udzielanie świadczeń zdrowotnych lub odstąpić od podejmowanych czynności[35]. Podstawą prawną odmowy wyrażenia zgody na rejestrowanie wizyty lekarskiej może być w szczególności przepis art. 81 ust. 1 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych, w którym ustawodawca przewidział konieczność wyrażenia zgody na rozpowszechnianie wizerunku. Niezależnie od tego lekarz może wskazać na przepisy art. 7 Kodeksu Etyki Lekarskiej[36] i art. 38 ustawy z dnia 5 grudnia 1997 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty[37]. Wymienione rozwiązania prawne umożliwiają lekarzowi niepodjęcie leczenia lub odmówienie kontynuacji leczenia pacjenta, odpowiednio z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki lub jeżeli nie spowoduje to niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Na gruncie literatury przedmiotu wskazuje się, że kryteria „poważnych powodów” i „szczególnie uzasadnionych

przypadków” powinny być rozumiane jednakowo. Chodzi tu mianowicie o przyczyny, które obiektywnie mają racjonalne uzasadnienie i są na tyle istotne, że usprawiedliwiają decyzję lekarza o niepodjęciu lub zaprzestaniu leczenia[38]. Biorąc pod uwagę zagadnienia objęte tematem artykułu, wydaje się, że do takich przyczyn po stronie pacjenta może należeć w szczególności obraźliwe, wulgarne, agresywne lub inne naganne zachowanie wobec lekarza oraz podważanie jego kompetencji skutkujące utratą zaufania. Po stronie lekarza należałoby wskazać na jego wyczerpanie, zmęczenie czy inną złą dyspozycję. Niezależnie od tego lekarz może nie podjąć leczenia lub odstąpić od już podjętego działania w przypadku agresji połączonej z próbą nagrywania, z zachowaniem ogólnych ustawowych ograniczeń odmów[39].

Jednocześnie można wskazać sytuacje, w odniesieniu do których wydaje się, że odmowę wyrażenia zgody na rejestrację wizyty lekarskiej, przynajmniej w pewnym zakresie, należałoby uznać za nieuzasadnioną. Chodzi przykładowo o przekazywanie informacji o zaleceniach lekarskich osobie niewidomej lub niedowidzącej. Z punktu widzenia konieczności dochowania należytej staranności zasadne byłoby udzielenie informacji w formie przystępnej dla pacjenta.

Wnioski końcowe

W kontekście przeprowadzonych wyżej rozważań nie należy utożsamiać treści zdjęć medycznych z utrwalonym wizerunkiem osoby fizycznej. Wynika to z faktu, że na wizerunek składa się zespół rozpoznawalnych cech fizycznych umożliwiających identyfikację określonej osoby[40]. W związku z tym wydaje się, że pojęcie zdjęć medycznych jest terminem szerszym, obejmującym także obrazy, które nie mogą zostać przypisane do określonej jednostki fizycznej. Należy więc uznać, że w odniesieniu do zdjęć medycznych obejmujących wizerunek osoby fizycznej konieczne jest uzyskanie zgody na utrwalanie i korzystanie z wizerunku.

Odnosząc się do problematyki formy zgody, warto przypomnieć, że o ile na gruncie orzecznictwa sądowego zgoda na wykorzystanie wizerunku może być udzielona w dowolnej formie[41], to w szczególności w praktyce medycznej należałoby opowiedzieć się za zgodą w formie pisemnej, która powinna zostać dołączona do dokumentacji medycznej. Jednocześnie w odniesieniu do zdjęć, które nie odzwierciedlają wizerunku, uzyskanie zgody nie powinno być warunkiem *sine qua non* korzystania ze zdjęcia medycznego. Należy przy tym podkreślić, że brak konieczności uzyskiwania formalnej zgody nie zwalnia personelu medycznego z obowiązku rzetelnego informowania pacjenta o przebiegu procesu leczenia i poszczególnych procedurach, w tym polegających przykładowo na utrwaleniu obrazu (fragmentu) ciała.

Trudno wyobrazić sobie sytuację, w której lekarz, pomimo wyraźnego sprzeciwu pacjenta, wykonuje zdjęcia medyczne, nawet z zastrzeżeniem, że ich treść uniemożliwia identyfikację chorego.

W odniesieniu do problematyki rejestrowania przebiegu wizyty lekarskiej trzeba podnieść, że lekarz ma prawo odmówić wyrażenia zgody na rejestrację przebiegu udzielania świadczeń zdrowotnych, powołując się w szczególności na postanowienia art. 81 ust. 1 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych. Niezależnie od tego można zauważyć, że w niektórych przypadkach odmowa wyrażenia zgody na rejestrację obrazu może zostać uznana za nieuzasadnioną, przykładowo w odniesieniu do pacjenta niesłyszącego. Zagadnieniem wymagającym rozstrzygnięcia jest ustalenie, czy pożądane byłoby przyjmowanie przez podmioty lecznicze konkretnych wytycznych w tym zakresie. Nie przesądzając jednoznacznie tej kwestii, należy zgodzić się z twierdzeniem, że stan niepewności po stronie lekarza i pacjenta wpływa negatywnie na zaufanie i otwartą komunikację[42]. W tym kontekście *prima facie* wydaje się, że możliwość powołania się przez lekarza na ustalenia wewnętrzne stanowiłaby dodatkowy argument podczas ewentualnej rozmowy z pacjentem.

Legal protection of the image in medical practice

Summary

The article discusses the problem of legal protection of the image in medical practice regarding the concept of medical photographs; principles of using clinical photographs and the issues related to recording the course of medical treatment. The study uses Polish, English and American literature as well as Polish judicial decisions in the field, as justified by the subject matter of the article. The analysis leads to the following conclusions: 1) the contents of medical photos should not be equalled with the fixed image of a natural person; the notion of medical images is a broader term, including images that make it impossible to assign them to a specific physical person; 2) in relation to medical photographs involving the image of a natural person, it is necessary to obtain permission to record and use the image; 3) for images that do not reflect the image of a natural person, obtaining consent should not be a *sine qua non* condition for using a medical image; 4) the physician has the right to refuse the recording of the course of medical treatment, but there are situations in which such a refusal could be considered unjustified.

Keywords: image, right to image, clinical pictures, recording of a medical visit

DR N. PRAWN. JOANNA BANASIUK –
Katedra Prawa Cywilnego, Wydział Prawa, Uniwersytet w Białymstoku

---

1 J.K. Robinson, A.C. Bhatia, J.P. Callen, *Protection of patients' right to privacy in clinical photographs, video, and detailed case descriptions*, „JAMA Dermatology" 2014, vol. 150 (1), s. 14–16; L. Kunde, E. McMeniman, M. Parker, *Clinical photography in dermatology: ethical and medico-legal considerations in the age of digital and smartphone technology*, „Australasian Journal of

Dermatology” 2013, vol. 54 (3), August, s. 192–197; L.M. Abbott, R.S. Magnusson, E. Gibbs i in., *Smartphone use in dermatology for clinical photography and consultation: Current practice and the law*, „Australasian Journal of Dermatology” 2018, vol. 59 (2), May, s. 101–107.

2 S. Bhattacharya, *Clinical photography and our responsibilities*, „Indian Journal of Plastic Surgery” 2014, vol. 47 (3), s. 277–280; A.G. Nair, A. Santhanam, *Clinical photography for periorbital and facial aesthetic practice*, „Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery” 2016, vol. 9 (2), s. 115–121.

3 *Informed consent for medical photographs. Dysmorphology Subcommittee of the Clinical Practice Committee, American College of Medical Genetics*, „American College of Medical Genetics” 2000, vol. 2 (6), s. 353–355.

4 M. Uzun, M. Bülbül, S. Toker i in., *Medical photography: principles for orthopedics*, „Journal of Orthopaedic Surgery and Research” 2014, vol. 9, s. 23; P.P. de Meijer, J. Karlsson, R.F. LaPrade i in., *A guideline to medical photography: a perspective on digital photography in an orthopaedic setting*, „Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy” 2012, vol. 20 (12), December, s. 2606–2611.

5 C. Palacios-González, *The ethics of clinical photography and social media*, „Medicine Health Care and Philosophy” July 2014.

6 Por. *Informed consent for medical photographs*, dz. cyt., s. 353–355.

7 Australian Medical Association, *Clinical images and the use of personal mobile devices*, https://ama.com.au/sites/default/files/documents/FINAL_AMA_Clinical_Images_Guide.pdf (dostęp: 20.12.2018).

8 C.A. Hood, T. Hope, P. Dove, *Videos, photographs, and patient consent*, „British Medical Journal” 1998, vol. 316 (7136), s. 1009–1011.

9 S. Bhattacharya, *Clinical photography*, dz. cyt., s. 277–280.

10 Dysmorphology Subcommittee of the Clinical Practice Committee, American College of Medical Genetics, 9650 Rockville Pike, Bethesda, MD 20814-3998, United States; *Informed consent for medical photographs*, dz. cyt., s. 353–355.

11 Por. m.in. S. Bhattacharya, *Clinical photography*, dz. cyt., s. 277–280.

12 Australian Medical Association, *What is a clinical image?*, https://ama.com.au/what-clinical-image (dostęp: 20.12.2018).

13 Tamże.

14 Por. m.in. S. Bhattacharya, *Clinical photography*, dz. cyt., s. 277–280.

15 C.A. Hood, T. Hope, P. Dove, *Videos, photographs*, dz. cyt., s. 1009–1011.
16 General Medical Council, *Making and using visual and audio recordings of patients*, „Journal of Audiovisual Media in Medicine" 2002, vol. 25 (4), s. 165–167. Por. także aktualizację wytycznych z 2015 r.
17 Tamże.
18 International Committee of Medical Journal Editors, *Protection of patients' rights to privacy*, „British Medical Journal" 1995, vol. 311 (7015), s. 1272.
19 British Medical Journal, *Patient consent and confidentiality*, https://authors.bmj.com/policies/patient-consent-and-confidentiality/ (dostęp: 20.12.2018).
20 JAMA Dermatology, *Instructions for authors*, https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/pages/instructions-for-authors (dostęp: 20.12.2018).
21 J.K. Robinson, A.C. Bhatia, J.P. Callen, *Protection of patients' right to privacy*, dz. cyt., s. 14–16.
22 International Committee of Medical Journal Editors, *Protection*, dz. cyt., s. 1272.
23 J.K. Robinson, A.C. Bhatia, J.P. Callen, *Protection of patients' right to privacy*, dz. cyt., s. 14–16.
24 K. Stefaniuk, *Naruszenie prawa do wizerunku przez rozpowszechnianie podobizny*, „Państwo i Prawo" 1970, z. 1, s. 64. Por. także m.in. wyrok SA w Krakowie z dnia 19 kwietnia 2016 r., I ACa 1826/15, LEX nr 2041781; wyrok SA w Warszawie z dnia 22 maja 2015 r., I ACa 1741/14, LEX nr 1755241; wyrok SA w Warszawie z dnia 10 kwietnia 2015 r., I ACa 1471/14, LEX nr 1740728.
25 E. Wojnicka, *Prawo do wizerunku w ustawodawstwie polskim*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego, Prace z Wynalazczości i Ochrony Własności Intelektualnej" 1990, z. 56, s. 107.
26 Wyrok SA w Warszawie z dnia 9 marca 2018 r., VI ACa 1694/16, LEX nr 2524902.
27 Por. wyrok SN z dnia 27 lutego 2003 r., IV CKN 1819/00, OSP 2004, z. 6, poz. 75.
28 Por. m.in. P. Księżak, w: P. Księżak, M. Pyziak-Szafnicka, *Kodeks cywilny. Komentarz. Część ogólna*, wyd. II, Warszawa 2014, System Informacji Prawnej LEX, komentarz do art. 24; S. Klaus, w: *Kodeks cywilny. Komentarz*, t. I, *Część*

ogólna (art. 1–125), red. M. Fras, M. Habdas, Warszawa 2018, System Informacji Prawnej LEX, komentarz do art. 24.

29 Por. art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 1191 ze zm.).

30 Por. szerzej na ten temat M. Soniewicka, *Prawo własności do ludzkich tkanek, komórek i narządów oraz ciała ludzkiego po śmierci*, raport przygotowany w ramach projektu „Utworzenie sieci biobanków w Polsce w obrębie infrastruktury Badawczej Biobanków i Zasobów Biomolekularnych", finansowanego ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, dostępny na stronie www.bbmri.pl.

31 G. Elwyn, P.J. Barr, S.W. Grande, *Patients recording clinical encounters: a path to empowerment? Assessment by mixed methods*, „British Medical Journal" Open 2015, vol. 5, https://bmjopen.bmj.com/content/5/8/e008566 (dostęp: 8.03.2019).

32 P.J. Barr, K. Bonasia, K. Verma i in., *Audio-/videorecording clinic visits for patient's personal use in the United States: cross-sectional survey*, „Journal of Medical Internet Research" 2018, vol. 20 (9).

33 G. Elwyn, P.J. Barr, M. Castaldo, *Can patients make recordings of medical encounters? What does the law say?*, „Journal of the American Medical Association" 2017, vol. 318 (6), s. 513–514.

34 N. Brodie, A. Ackery, B. Au, *What to do when a patient wants to record a patient-physician interaction in the emergency department*, „Canadian Journal of Emergency Medicine" 2018, vol. 20 (3), s. 471–475.

35 G. Elwyn, P.J. Barr, M. Castaldo, *Can patients make recordings of medical encounters*, dz. cyt., s. 513–514.

36 Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej (tekst jedn. obwieszczenia nr 1/04/IV Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r.).

37 Tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 617 ze zm.

38 E. Zielińska, w: *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2014, System Informacji Prawnej LEX, komentarz do art. 38.

39 Tamże; por. Ł. Caban, w: *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. M. Kopeć, Warszawa 2016, System Informacji Prawnej LEX, komentarz do art. 38.

40 Por. wyrok SA w Warszawie z dnia 22 lutego 2017 r., VI ACa 1781/15, www.orzeczenia.ms.gov.pl.

41 Wyrok SA w Warszawie z dnia 7 maja 2014 r., I ACa 1686/13, LEX nr 1500839.

42 G. Elwyn, P.J. Barr, M. Castaldo, *Can patients make recordings of medical encounters*, dz. cyt., s. 513–514.

Jakub Pawlikowski

Czy wszystkie zawody medyczne potrzebują klauzuli sumienia?

Wstęp

Problem sprzeciwu sumienia w praktyce medycznej stał się w ostatnich latach przedmiotem poważnego zainteresowania zarówno naukowego, jak i społeczno-politycznego. Świadczą o tym dynamiczny przyrost literatury naukowej traktującej o tej kwestii[1], stanowiska różnych grup eksperckich[2], rezolucje międzynarodowe[3], inicjatywy ustawodawcze, a także orzeczenia sądów i trybunałów. Należy zaznaczyć, że dyskusja wokół sprzeciwu sumienia personelu medycznego jest fragmentem szerszej debaty dotyczącej również innych zawodów (jak np. sędzia, adwokat, urzędnik czy nauczyciel[4]).

Celem niniejszej pracy jest analiza istniejących przepisów regulujących gwarancje i ograniczenia wolności sumienia w odniesieniu do różnych zawodów medycznych,

zarówno o uregulowanej, jak i nieuregulowanej sytuacji prawnej w zakresie klauzuli sumienia. Istotnym założeniem jest rozróżnienie pomiędzy sprzeciwem sumienia i klauzulą sumienia. Sprzeciw sumienia rozumiany jest jako postawa moralna wobec określonych przepisów, okoliczności czy nakazów, natomiast klauzula sumienia to instytucja prawna, która określa zasady wyrażania sprzeciwu sumienia i nakłada na obdżektora obowiązki z tym związane. Moralne prawo do sprzeciwu sumienia przysługuje każdemu człowiekowi (wynika z godności człowieka, jako istoty obdarzonej rozumem, wolnością i sumieniem, jak to stwierdza Powszechna Deklaracja Praw Człowieka w art. 1), natomiast prawne regulacje w tym zakresie obowiązują jedynie w odniesieniu do niektórych szczególnych sytuacji (np. powszechnej służby wojskowej) lub wybranych zawodów.

Należy przypomnieć, że w Polsce regulacje ustawowe prawa do sprzeciwu sumienia osób wykonujących zawody medyczne (tzw. medycznej klauzuli sumienia) znajdują się jedynie w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 39)[5] oraz w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (art. 12)[6]. W orzeczeniu z dnia 7 października 2015 r. Trybunał Konstytucyjny uchylił niektóre przepisy tzw. klauzuli sumienia regulującej wykonywanie zawodu lekarza[7]. Orzeczenie to odnosiło się do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ale jego konsekwencje systemowe są

ważne również dla innych zawodów medycznych. Trybunał podkreślił bowiem, że w sytuacjach nieuregulowanych prawnie należy stosować bezpośrednio przepisy Konstytucji zapewniające każdemu człowiekowi wolność sumienia. Przedstawiciele innych zawodów medycznych zgłaszają jednak postulaty umieszczenia klauzuli sumienia także w ich ustawach zawodowych (dotyczy to szczególnie farmaceutów i diagnostów[8], ale też innych zawodów[9]), w dyskusji pojawiają się głosy za generalną klauzulą sumienia dla wszystkich zawodów medycznych, jak też radykalne propozycje likwidacji tej klauzuli[10].

Sprzeciw sumienia w zawodach medycznych

Pojęcie zawodów w ochronie zdrowia obejmuje zarówno zawody medyczne uregulowane w ramach ustaw szczegółowych (takie jak lekarz, pielęgniarka, położna, farmaceuta, diagnosta laboratoryjny, ratownik medyczny, felczer, fizjoterapeuta), jak i inne, których wykonywanie związane jest z ochroną zdrowia, ale które nie doczekały się jeszcze odrębnych regulacji ustawowych (ta kategoria obejmuje dwadzieścia dziewięć zawodów, np. promotora zdrowia, audiofonologa, logopedę, kosmetologa, opiekuna medycznego, asystentkę dentystyczną, psychoterapeutę, ortoptystę i inne)[11]. Zawody medyczne sklasyfikowane są

w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania[12].

Warto podkreślić, że odmowa wykonania świadczenia jest sytuacją wyjątkową, a jej wystąpienie zależy od szczególnych okoliczności zewnętrznych i wyjątkowych motywów wewnętrznych obdżektora. Kwestia sprzeciwu sumienia w praktyce medycznej odnoszona jest najczęściej do problemów związanych z początkowym okresem ludzkiego życia: przerywania ciąży, diagnostyki prenatalnej, metod regulacji poczęć (niekiedy o złożonym mechanizmie działania łączącym mechanizmy antykoncepcyjne z mechanizmami antyimplantacyjnymi – dotyczy to m.in. środków postkoitalnych), pewnych procedur wspomaganej prokreacji, a w niektórych krajach świata również do eutanazji, samobójstwa z pomocą lekarza, sedacji paliatywnej czy uczestnictwa w procedurze kary śmierci, a nawet transplantacji czy stosowania produktów leczniczych wyprodukowanych w oparciu o komórki embrionalne i tkanki płodowe[13].

W sensie podmiotowym sprzeciw sumienia może dotyczyć nie tylko lekarzy, ale również pielęgniarek i położnych, farmaceutów, diagnostów laboratoryjnych, a także innych pracowników systemu ochrony zdrowia (pracowników administracyjnych, kierowców itd.). Może być zgłaszany zarówno przez osoby niereligijne, jak

i religijne, w tym wywodzące się z różnych tradycji religijnych[14]. Należy dodać, że nie wszystkie sytuacje odmowy świadczenia będą kwalifikować się do kategorii sprzeciwu sumienia, ponieważ mogą one nie wynikać z przesłanek światopoglądowych, ale z kwestii organizacyjno-finansowych (np. braku kontraktu na określone świadczenia, braku specjalistów) albo dotyczyć komunikacji międzyludzkiej (brak porozumienia z pacjentem lub rodziną co do sposobu postępowania diagnostyczno-leczniczego z chorym)[15].

W literaturze i przestrzeni publicznej toczy się spór, czy przedstawiciele zawodów medycznych, które nie posiadają „własnej" klauzuli sumienia (a więc wszystkich poza lekarzem, pielęgniarką i położną), mogą korzystać z prawa do sprzeciwu sumienia. W stanowisku Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN z dnia 12 listopada 2013 r.[16] czytamy, że „Prawa do powołania się na klauzulę sumienia nie mają przedstawiciele innych zawodów medycznych, w szczególności farmaceuci". Komentując to stanowisko, Andrzej Zoll stawia jednak pytanie: „jaki to akt prawny przedstawicielom innych zawodów, niż lekarze lub pielęgniarki i położne, odbiera prawo do powołania się na zakaz własnego sumienia?" i stwierdza, że stanowisko Komitetu Bioetyki jest sprzeczne z Konstytucją RP[17] i umowami międzynarodowymi ratyfikowanymi przez Rzeczpospolitą Polską (np. z art. 18 MPPPiO[18]), które

odnoszą do wszystkich osób zakaz zmuszania do postępowania wbrew swemu sumieniu[19].

Problem jest złożony i wymaga zarówno znajomości rzeczywistych sytuacji klinicznych, w których pojawia się sprzeciw sumienia, jak i analizy prawnej (np. konstytucyjnych granic ingerencji państwa w wolności jednostki, relacji indywidualnej wolności sumienia do prawa do ochrony zdrowia, zakresu bezpośredniego stosowania przepisów konstytucyjnych) i filozoficznej. Wiele proponowanych rozwiązań może bowiem być konsekwencją założeń natury światopoglądowej (np. dotyczących koncepcji i początku osoby ludzkiej).

Zawód farmaceuty

Zawód farmaceuty został uregulowany w ustawie z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich[20] oraz w ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne[21]. Magister farmacji nabywa tytuł zawodowy farmaceuty po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu, a aptekarzem jest farmaceuta, który wykonuje swój zawód w aptece[22] (w niniejszej pracy terminy te będą jednak niekiedy używane zamiennie, ponieważ problem sprzeciwu sumienia dotyczy przede wszystkim farmaceutów wykonujących zawód w tej formie).

W sensie moralnym podstawowym celem pracy farmaceuty jest dobro pacjenta, konkretyzowane w pomocy w leczeniu, ratowaniu życia i niesieniu ulgi w cierpieniu (nazwa „farmacja” wywodzi się z języka egipskiego – *ph-ar-maki* i oznacza tego, „kto zapewnia bezpieczeństwo”)[23]. W świetle art. 2a ust. 1 ustawy o izbach aptekarskich wykonywanie zawodu farmaceuty ma na celu ochronę zdrowia publicznego i obejmuje udzielanie usług farmaceutycznych, z których najważniejsze w omawianym kontekście są czynności polegające na wydawaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych[24], udzielaniu informacji dotyczących działania i stosowania produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz sprawowaniu opieki farmaceutycznej polegającej na interdyscyplinarnej współpracy z lekarzem. Według Kodeksu Etyki Aptekarza RP powołaniem farmaceuty jest troska o osoby powierzone jego umiejętnościom, połączona ze zrozumieniem odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjenta (art. 2 i 6 KEA)[25]. Podkreśla się w nim również rolę sumienia w wykonywaniu zawodu: „Aptekarz, będąc osobiście odpowiedzialnym za wykonywaną pracę, jest wolny w podejmowaniu swoich zachowań, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną” (art. 3 KEA).

Problem sprzeciwu sumienia u farmaceutów nasilił się w ostatnich dekadach, głównie w związku z wprowadzeniem do obrotu aptecznego produktów

i wyrobów, których cel stosowania lub mechanizm działania mogą być niezgodne z przekonaniami farmaceutów. Sprzeciw sumienia aptekarzy dotyczy przede wszystkim hormonalnych środków antykoncepcyjnych, tabletek postkoitalnych, wkładek wewnątrzmacicznych i środków wczesnoporonnych. Największe kontrowersje budzi dystrybucja preparatów postkoitalnych (stosowanych nawet do pięciu dni po stosunku) i wkładek wewnątrzmacicznych, ponieważ o ich skuteczności mogą decydować mechanizmy przeciwzagnieżdżeniowe, a poza tym nie mają one żadnych wskazań terapeutycznych. W przypadku środków hormonalnych sytuacja jest złożona, bo choć mechanizm ich działania również może budzić wątpliwości, to są one stosowane nie tylko w celach antykoncepcyjnych, ale również w leczeniu pewnych chorób i zaburzeń (w niektórych krajach, np. w Wielkiej Brytanii, problem ten jest częściowo rozwiązany przez oznakowanie recepty)[26]. Niekiedy pojawiają się także pytania związane z dystrybucją szczepionek wyprodukowanych na bazie linii komórkowych otrzymanych z abortowanych płodów ludzkich, produktów stosowanych w procedurze *in vitro*, środków homeopatycznych, preparatów uzależniających dostępnych bez recepty lekarskiej, leków krwiopochodnych (w przypadku świadków Jehowy) czy stosowania leków dostępnych bez recepty, kiedy nie istnieją ku temu wskazania medyczne[27]. W niektórych krajach sprzeciw sumienia dotyczy również przygotowywania i wydawania

środków służących do wykonywania eutanazji, wspomaganego samobójstwa oraz aborcji farmakologicznej za pomocą mifeprystonu (RU 489)[28].

Wydaje się, że sprzeciw sumienia farmaceutów wynika w znacznej mierze z chęci respektowania zasady nieszkodzenia oraz zasady poszanowania życia ludzkiego od poczęcia (większość farmaceutów uważa, że życie ludzkie powstaje w momencie zapłodnienia[29]), a nie jedynie z osobistego światopoglądu opartego na przekonaniach religijnych. Obdżektorzy w tym zawodzie starają się uniknąć współudziału w działaniach, które mogą naruszać życie i zdrowie ludzkie, ponieważ w ich rozumieniu stanowią one zaprzeczenie ich zawodowej misji oraz powołania[30]. W przypadku farmaceutów katolickich sprzeciw sumienia może być dodatkowo wzmocniony autorytetem papieskim, ponieważ papieże Jan Paweł II i Benedykt XVI wzywali przedstawicieli tego zawodu do wierności sumieniu niezależnie od nacisków rynkowych lub aktualnych rozwiązań prawnych[31].

Wyniki badań przeprowadzonych w różnych regionach kraju wskazują, że 7–30% polskich farmaceutów odmawia realizacji recepty ze względu na swoje przekonania albo z innych powodów (niepełnoletniość, szkodliwość dla pacjenta)[32]. W USA około 15% farmaceutów sprzeciwia się sprzedaży środków postkoitalnych i antykoncepcyjnych[33], choć odsetek ten bywa większy w stanach, gdzie wprowadzono do prawa klauzulę sumienia (jak np. Teksas

czy Arkansas, gdzie wynosi on 14–40%), niż w tych, gdzie nie ma takich regulacji (jak np. Nevada i Floryda, gdzie sięga on 11–13%)[34].

W niektórych krajach sprzeciw sumienia farmaceutów jest uregulowany prawnie. Przykładowo w Wielkiej Brytanii i Irlandii farmaceuta ma takie prawo, ale jest zobowiązany do wskazania innego farmaceuty lub apteki oraz powiadomienia pracodawcy o zamiarze stosowania klauzuli sumienia, a właściciel apteki ma zagwarantować, że korzystanie z tego prawa nie narazi pacjenta na zbytnie uciążliwości[35]. We Włoszech farmaceuci nie mają gwarantowanego ustawowo sprzeciwu sumienia, jednak włoski Narodowy Komitet Bioetyki w opinii z dnia 25 lutego 2011 r., dotyczącej wydawania środków postkoitalnych, wskazał, że zarówno pracownik apteki, jak i pacjent mają takie samo prawo do wolności sumienia, a tym samym farmaceuta może odmówić sprzedaży tych środków ze względu na ich potencjalne działanie wczesnoporonne, ponieważ wydając taki środek, nie działa w sposób mniej bezpośredni niż lekarz dokonujący aborcji[36]. W USA sytuacja jest zróżnicowana[37].

Słynnym kazusem europejskim dotyczącym prawa do sprzeciwu sumienia u farmaceutów była sprawa *Pichon and Sajous v. France*[38]. Dotyczyła ona współwłaścicieli apteki, którzy zostali ukarani grzywną za odmowę sprzedaży środków antykoncepcyjnych. Wnieśli skargę do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, zarzucając

ograniczenie prawa do uzewnętrzniania swoich przekonań religijnych, ale Trybunał nie zdecydował się rozpatrzyć tej skargi, uznając, że ograniczenie wolności sumienia mieściło się w marginesie dozwolonego działania państwa francuskiego[39]. Trzeba podkreślić, że decyzja podjęta w powyższej sprawie nie oznacza, iż inne państwa członkowskie Rady Europy zmuszone są przyjąć podobne rozwiązania.

W Rzeczpospolitej Polskiej prawo do sprzeciwu sumienia farmaceuty nie jest uregulowane na poziomie ustawowym, a opinie na ten temat są niejednolite. Odsetek farmaceutów popierających takie rozwiązanie waha się od 23 do 50%[40]. Inicjatorem akcji ustawowego unormowania prawa do sprzeciwu sumienia farmaceutów było Stowarzyszenie Farmaceutów Katolickich Polski, które zaproponowało, aby do art. 96 Prawa farmaceutycznego dodać ust. 4a: „Farmaceuta i technik farmaceutyczny może powstrzymać się od wykonywania czynności zawodowych niezgodnych z jego sumieniem. Fakt ten nie może spowodować niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia”. Inicjatywa ta została skrytykowana m.in. przez Federację na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, która powoływała się na poszanowanie autonomii kobiety, prawo do świadomej prokreacji i do prywatności, prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych i przepisy Prawa farmaceutycznego (art. 86 ust. 1 i 2 Prawa farmaceutycznego – apteka jest jedynym

miejscem, gdzie dostępne są leki; art. 95 Prawa farmaceutycznego – obowiązek posiadania produktów leczniczych i wyrobów medycznych)[41].

Część przedstawicieli doktryny poparła starania o ustawowe regulacje sprzeciwu sumienia farmaceutów[42], inni z kolei wystąpili z gwałtowną krytyką, odmawiając farmaceutom prawa do wyrażania sprzeciwu sumienia[43]. Krytycy sprzeciwu sumienia farmaceutów pomijają jednak fakt, że przesłanką odmowy aptekarza są zazwyczaj uniwersalne wartości i normy (np. zasada poszanowania życia i zdrowia ludzkiego), a nie partykularne przekonania wyznaniowe lub własny interes[44]. Negatywny stosunek do sprzeciwu sumienia farmaceutów może również wynikać z pomniejszania ich roli w systemie ochrony zdrowia poprzez redukowanie farmaceuty do pośrednika pomiędzy lekarzem i pacjentem, a nawet jedynie do dystrybutora leków. Pogląd taki narusza zasadę równości wobec prawa, powszechnego charakteru wolności sumienia i pomija współodpowiedzialność farmaceutów za konsekwencje stosowania leków.

Zasady posiadania, dystrybucji i wydawania leków, w tym odmowy realizacji recepty i wydania leku, reguluje Prawo farmaceutyczne. Zgodnie z art. 95 ust. 1 tej ustawy apteki ogólnodostępne są zobowiązane do posiadania produktów leczniczych i wyrobów medycznych w ilości i asortymencie niezbędnym do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych miejscowej ludności (a jeżeli ich brak,

farmaceuta powinien zapewnić ich nabycie w aptece w terminie uzgodnionym z pacjentem). Jeżeli apteka nie zaspokaja w sposób uporczywy potrzeb ludności w zakresie wydawania produktów leczniczych, to wojewódzki inspektor farmaceutyczny może cofnąć zezwolenie na jej działalność (art. 103 ust. 2 pkt 3 Prawa farmaceutycznego)[45]. Zasady odmowy realizacji recepty lekarskiej szczegółowo określa art. 96 ust. 5 Prawa farmaceutycznego[46].

Powyższe przepisy ograniczają możliwość odmowy wydania produktów leczniczych do sytuacji, w których świadczeniobiorca zamierza je stosować w celach pozamedycznych, ich stosowanie może zagrażać jego życiu lub zdrowiu albo nie ma do nich uprawnień (np. ze względu na wiek). Brakuje w nich odniesienia do przekonań światopoglądowych farmaceuty. Niektórzy farmaceuci odmawiający sprzedaży środków antyimplantacyjnych lub antykoncepcyjnych mogą jednak powoływać się na przesłankę ryzyka zdrowotnego dla świadczeniodawcy[47]. Widać więc, że przepisy ustawy mogą być podstawą zarówno do wyrażania sprzeciwu, jak i jego ograniczania.

Interpretacje prawne możliwości odmowy realizacji recepty przez farmaceutę w obecnym stanie prawnym są zróżnicowane. W 2017 r. Rzecznik Praw Obywatelskich (RPO), w oparciu o brak odpowiednich unormowań w ustawie i kodeksie etycznym, sugerował niemożność odmowy przez farmaceutów realizacji recepty i skierował

w tej sprawie zapytanie do Głównego Inspektora Farmaceutycznego i Ministra Zdrowia[48]. Główny Inspektor Farmaceutyczny w 2017 r., w odpowiedzi na zapytanie Rzecznika Praw Obywatelskich, wyraził opinię, że z jednej strony apteki są zobowiązane do posiadania produktów leczniczych i wyrobów medycznych w ilości i asortymencie niezbędnym do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych miejscowej ludności (art. 95 ust. 1 Prawa farmaceutycznego), ale z drugiej strony, mając na uwadze „poszanowanie praw jednostki w świetle Konstytucji właściwym wydaje się dopuszczenie możliwości odmowy przez farmaceutę sprzedaży leków antykoncepcyjnych powołującego się na «klauzulę sumienia». Przedsiębiorca prowadzący aptekę, u którego taka sytuacja występuje, musi jednak zapewnić sprzedaż produktów leczniczych antykoncepcyjnych przez innego farmaceutę”[49]. Możliwość wyrażenia sprzeciwu sumienia przez farmaceutów pomimo braku stosownych unormowań w ustawach regulujących wykonywanie zawodu potwierdził również Minister Zdrowia w odpowiedzi na zapytanie RPO[50]. Warto dodać, że korespondencyjna dyskusja pomiędzy wymienionymi organami centralnymi toczyła się bez ścisłego rozróżnienia działania antykoncepcyjnego i antyimplantacyjnego dyskutowanych produktów.

Prawa do sprzeciwu sumienia odmawiał farmaceutom m.in. Komitet Bioetyki przy Prezydium PAN[51]. Z kolei Zespół Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds.

Bioetycznych argumentował przeciwnie, wskazując, że farmaceuta może rozważyć odmowę sprzedaży środków postkoitalnych na podstawie konstytucyjnego obowiązku ochrony i poszanowania godności człowieka oraz ochrony jego życia (art. 30 i 37 Konstytucji RP)[52]. Zdaniem Oktawiana Nawrota, sędziego Sądu Najwyższego, nie istnieje żadna przeszkoda uniemożliwiająca farmaceucie odwołanie się do sprzeciwu sumienia w oparciu o prawa konstytucyjne, nawet przy braku ustawowej klauzuli sumienia[53]. Według Andrzeja Zolla zmuszanie farmaceutów do sprzedaży środków wczesnoporonnych byłoby złamaniem Konstytucji, natomiast w odniesieniu do środków antykoncepcyjnych zwraca on uwagę, że farmaceuta odrzucający w swoim sumieniu ich stosowanie nie powinien ograniczać wolności innych w tym zakresie[54]. Do farmaceutów można również odnieść rezolucję Rady Europy podkreślającą prawo do sprzeciwu sumienia pracowników ochrony zdrowia[55].

Niektórzy autorzy próbują wyprowadzać prawo do sprzeciwu sumienia z artykułów Kodeksu Etyki Aptekarza, zwłaszcza z art. 3 („Powołaniem aptekarza jest współudział w ochronie życia i zdrowia, zapobieganie chorobom, niesienie ulgi w cierpieniu”), art. 4 („Aptekarz wykonując swoje zadania musi posiadać wolność postępowania zgodnego ze swym sumieniem”), art. 8 („Aptekarz nie pozwala nikomu narzucić sobie postawy zawodowej, która byłaby sprzeczna z jego zawodową niezależnością oraz

przepisami niniejszego kodeksu”) i art. 9, traktującego o możliwości odmowy wykonania czynności zawodowych, jeżeli warunki wykonywania pracy nie gwarantują jakości sporządzanego lub wydawanego leku[56]. Przepisy deontologiczne nie są jednak formalnie źródłem prawa, choć wyznaczają standardy postępowania[57].

Analizując postulat wprowadzenia klauzuli sumienia do Prawa farmaceutycznego, należy zwrócić uwagę na kilka kwestii. Niewątpliwie każdy człowiek, w tym farmaceuta, ma moralne i konstytucyjne prawo do postępowania zgodnie z sumieniem, w tym do odmowy postępowania sprzecznego z sumieniem. Z drugiej strony obowiązek posiadania i wydawania przez aptekarzy zarejestrowanych produktów leczniczych i wyrobów medycznych ogranicza na poziomie ustawowym tę wolność i nie daje obdżektorom poczucia bezpieczeństwa prawnego. Stanowi to silną przesłankę za wprowadzeniem klauzuli sumienia dla farmaceutów, ograniczonej jednak do sytuacji, kiedy nie zagraża to zdrowiu lub życiu pacjentów. Warto pamiętać, że klauzula sumienia nie jest wyłącznie gwarancją wolności, ale może wiązać się również z pewnymi zobowiązaniami (np. obowiązkiem odnotowania w dokumentacji medycznej czy odesłania do innej apteki[58]). Dla świadczeniobiorcy takie rozwiązanie może być uciążliwe (np. przez konieczność znalezienia innej apteki), ale zakładając, że klauzula sumienia nie daje możliwości odmowy wydania środków, które ratują życie lub zdrowie ludzkie, trzeba

przyjąć, że taka trudność nie naruszałaby konstytucyjnych standardów prawa do ochrony zdrowia, tym bardziej że coraz większą popularność zyskują zakupy leków przez internet.

Szerokie sformułowanie obowiązku posiadania leków (wykraczających poza środki ratujące bezpośrednio życie i zdrowie[59]) jest kolejną racją za wprowadzeniem farmaceutycznej klauzuli sumienia. Mariola Drozd uważa, że nie należy obawiać się, iż będzie to skutkowało nieuwzględnianiem zaleceń lekarza, naruszeniem autonomii pacjenta czy ograniczeniem dostępności do leków pacjentom, natomiast umożliwi ochronę farmaceuty przed koniecznością podjęcia działania, którego moralnie nie akceptuje[60]. Wydaje się, że z tych względów nie ma również powodu, aby nakładać na farmaceutów obowiązek informacyjny dotyczący wskazania innej apteki, mógłby on okazać się bowiem niekonstytucyjny, podobnie jak się do stało w odniesieniu do analogicznego obowiązku lekarza, który został uchylony wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego w 2015 r.

Próbą kompromisowego rozwiązania było stanowisko GIF z 2017 r., sugerujące właścicielom apteki zapewnienie zastępstwa dla farmaceutów lub techników korzystających z prawa do sprzeciwu sumienia. Jest to rozwiązanie doraźne i być może skuteczne w wielu miejscach, jednak trudno sobie wyobrazić jego stosowanie w aptekach z nielicznym personelem. Nie usuwa ono także ryzyka

dyskryminacji wobec osób korzystających z wolności sumienia (np. trudności ze znalezieniem pracy) ani nie rozwiązuje problemu sprzeciwu sumienia właścicieli aptek.

Podsumowując, wydaje się, że organy państwowe wprowadzające na rynek środki, które nie są stosowane w celach terapeutycznych, a ich działanie może naruszać życie lub zdrowie człowieka na jakimkolwiek etapie jego rozwoju (co stanowi rację moralną sprzeciwu), nie powinny wymagać współuczestnictwa w dystrybucji takich środków albo powinny zapewnić możliwość odmowy ich posiadania i wydawania. Można wprowadzić np. odrębną kategorię rejestracyjną, która nie będzie wiązała się z obligatoryjnością dystrybucji dla wszystkich farmaceutów. W przypadku środków używanych w celach terapeutycznych i nieterapeutycznych warto byłoby również rozważyć możliwość znakowania recepty.

Zawód diagnosty laboratoryjnego

W ostatnich dziesięcioleciach dynamiczny rozwój medycyny w zakresie badań laboratoryjnych doprowadził do powstania zawodu diagnosty laboratoryjnego (dawniej: analityka klinicznego) w drugiej połowie XX w.[61] Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej[62] usankcjonowała prawnie diagnostę jako ważną profesję w grupie zawodów medycznych. Głównym celem pracy

diagnosty laboratoryjnego jest nadzór nad prawidłowym wykonywaniem analizy materiału pobranego od pacjenta[63]. Kodeks Etyki Diagnosty Laboratoryjnego przyjęty w 2006 r. przewiduje deontologiczne prawo do sprzeciwu sumienia: „W sytuacji konfliktu z własnym sumieniem diagnosta laboratoryjny może odmówić wzięcia udziału w powierzonych mu czynnościach, jednoznacznie i niezwłocznie o tym informując zainteresowanych oraz swoich przełożonych" (art. 24)[64]. Natomiast ustawa o diagnostyce laboratoryjnej nie zawiera przepisów dotyczących sprzeciwu sumienia, co stawia diagnostów laboratoryjnych w sytuacji w pewnym sensie analogicznej do farmaceutów. Ustawa przewiduje jedynie, że diagnosta ma prawo odmówić wykonania zlecenia lekarskiego, jeżeli wykonanie tego zlecenia może zagrozić życiu lub zdrowiu pacjenta, chyba że po zwróceniu lekarzowi uwagi na wspomniane niebezpieczeństwo ten ostatni ponowi zlecenie na piśmie (art. 28).

W Polsce sprzeciw sumienia diagnostów może się pojawić w związku z badaniem gamet w ramach procedury zapłodnienia *in vitro*, odmową badania zarodków w ramach badań preimplantacyjnych albo niektórych genetycznych badań prenatalnych, jeśli okoliczności ich zlecania sugerują związek z przerwaniem ciąży[65]. Sprzeciw wynika zatem przede wszystkim z przesłanek moralnych, np. zasady bezwzględnego szacunku dla życia istoty ludzkiej, niekoniecznie powiązanych z treściami religijnymi. Możliwa

jest również sytuacja odmowy zlecenia wykonania analizy laboratoryjnej materiału biologicznego, jeśli stoi to w poważnej sprzeczności z wiedzą, doświadczeniem i wartościami moralnymi badającego, przekonanego np. o bezcelowości albo szkodliwości badania (nie jest to jednak typowy sprzeciw sumienia). Z perspektywy moralnej, jeśli laborant nie podziela niegodziwej w jego mniemaniu intencji zleceniodawcy (lekarza) i jest przekonany, iż realizowane przez niego świadczenie zostanie wykorzystane przez lekarza do osiągnięcia niemoralnego skutku (np. zniszczenia życia ludzkiego), to, zdaniem Elżbiety Puacz i Waldemara Głuśca, posiada pełne prawo, a nawet moralny obowiązek do wyrażenia sprzeciwu[66].

Z perspektywy prawnej zdania na temat możliwości wyrażenia sprzeciwu przez diagnostę w obecnym stanie prawnym są podzielone. Przyjmując zasadę bezpośredniego stosowania konstytucyjnych przepisów o wolności sumienia, można uznać, że brak wyraźnego unormowania dotyczącego klauzuli sumienia w ustawie o diagnostyce laboratoryjnej nie jest przeszkodą w wyrażeniu odmowy wykonania badania, które koliduje z przekonaniami diagnosty. Z drugiej strony Komitet Bioetyki przy Prezydium PAN odmawia tego prawa diagnostom, twierdząc, że posiadają je tylko lekarze i pielęgniarki[67]. Z powodu zróżnicowanych interpretacji i obaw o niemożność postępowania zgodnie z własnym sumieniem

środowisko diagnostów laboratoryjnych zgłaszało postulat wprowadzenia klauzuli sumienia do ustawy o diagnostyce laboratoryjnej (ograniczonej do sytuacji, kiedy nie zagraża to zdrowiu lub życiu pacjentów)[68].

Senacka Komisja Praw Człowieka, Praworządności i Petycji podjęła 23 listopada 2018 r. uchwałę w sprawie inicjatywy ustawodawczej dotyczącej projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawy o diagnostyce laboratoryjnej oraz ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, którego celem było m.in. wprowadzenie klauzuli sumienia dla diagnostów laboratoryjnych, z wyjątkiem wypadków, gdy zwłoka w udzieleniu pomocy lub w wykonaniu zlecenia mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia[69]. Jednocześnie projektodawcy przewidzieli konieczność zapewnienia wykonania zlecenia przez podmiot leczniczy, w którym diagnosta wykonuje swój zawód, co spotkało się z głosami krytyki, jako nieusprawiedliwiona forma ograniczania wolności sumienia[70]. Również RPO wyraził się krytycznie o projekcie, jednak z zupełnie innych powodów – nie dostrzegł sytuacji, w których diagnosta mógłby korzystać z prawa do sprzeciwu sumienia i uznał klauzulę sumienia dla tego zawodu za zbędną[71].

Niewątpliwie wolność sumienia diagnostów podlega konstytucyjnej ochronie prawnej, tak jak ma to miejsce w odniesieniu do innych pracowników. Istnieją również

obszary, gdzie sprzeciw sumienia w tym zawodzie może się pojawić, choć jego skala prawdopodobnie będzie marginalna. Zróżnicowane interpretacje prawne powodują, że diagności chcący postępować zgodnie z sumieniem zgłaszają potrzebę zwiększenia ich bezpieczeństwa prawnego przez wprowadzenie klauzuli sumienia dla ich zawodu. Biorąc pod uwagę ograniczający charakter przepisów klauzuli sumienia, trzeba jednak dodać, że wprowadzenie takiej instytucji do ustawy zawodowej może nieść ze sobą również pewne ograniczenia (np. konieczność dokumentowania, wskazywania zastępstwa, uprzedzania). Natomiast postulat ten wydaje się słuszny, gdy weźmiemy pod uwagę szeroki aktualny zakres świadczeń gwarantowanych, wykraczających poza świadczenia terapeutyczne oraz pragmatyczne względy organizacji pracy w zespole, w którym część osób chciałaby odmówić wykonania niektórych czynności. Klauzula sumienia może być ważnym instrumentem ochrony integralności moralnej diagnosty laboratoryjnego w sytuacji, gdy niektóre czynności nieukierunkowane na cele życiowo-zdrowotne stają się częścią jego obowiązków zawodowych.

Zawód ratownika medycznego

W literaturze oraz w przestrzeni publicznej pojawiają się postulaty wprowadzenia klauzuli sumienia dla ratowników

medycznych. Zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym[72] wykonywanie zawodu ratownika medycznego polega na: 1) zabezpieczaniu osób znajdujących się w miejscu zdarzenia oraz podejmowaniu działań zapobiegających zwiększeniu liczby ofiar i degradacji środowiska; 2) dokonywaniu oceny stanu zdrowia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i podejmowaniu medycznych czynności ratunkowych; 3) transportowaniu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego; 4) komunikowaniu się z osobą w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i udzielaniu jej wsparcia psychicznego w sytuacji powodującej stan nagłego zagrożenia zdrowotnego; 5) organizowaniu i prowadzeniu zajęć z zakresu pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz medycznych czynności ratunkowych.

W trakcie prac nad projektem ustawy o zawodzie ratownika medycznego[73] rozważano wprowadzenie do niej przepisów klauzuli sumienia. Jakub Hanc uważa to za bezzasadne, ponieważ zakres czynności wykonywanych przez ratownika medycznego nie obejmuje sytuacji, w których musiałby on skorzystać z klauzuli sumienia albo nie byłoby to możliwe (np. odmowa przetoczenia krwi w sytuacji zagrożenia życia byłaby niemożliwa, ponieważ klauzula sumienia wyłącza odmowę w takich sytuacjach)[74]. Natomiast zdaniem Marka Szydły wprowadzenie klauzuli sumienia do projektu ustawy o zawodzie ratownika

medycznego jest konieczne, aby zawód ten nie był traktowany gorzej niż zawód pielęgniarki i położnej, które mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego, powołując się na swoje sumienie. Jako przykład czynności dokonywanych przez ratownika medycznego, w przypadku których mogą pojawić się dylematy sumienia, autor podaje m.in. decyzje o podjęciu lub zaprzestaniu resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Zwraca uwagę, że może dojść do sytuacji, kiedy lekarz, pielęgniarka lub położna, którzy działają razem z ratownikiem w zespole ratownictwa medycznego, powołają się na wspomnianą klauzulę sumienia, a ratownik medyczny znajdzie się w sytuacji bez wyboru[75]. Problematyczne mogą okazać się jednak również inne procedury niewykonywane w ramach ratowania życia lub zdrowia, a nawet związane z naruszeniem życia ludzkiego, w których uczestniczy ratownik lub sanitariusz, np. w ramach transportu medycznego. Przykładem może być dyskutowana w USA odmowa przetransportowania pacjentki do kliniki aborcyjnej przez sanitariusza powołującego się na swoje przekonania antyaborcyjne[76].

Niewątpliwie wiele działań podejmowanych przez ratowników medycznych, zwłaszcza w placówkach pogotowia ratunkowego i szpitalnych oddziałów ratunkowych, dotyczy sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia, dlatego sprzeciw sumienia i tak byłby w takiej sytuacji wykluczony, a potencjalna klauzula sumienia nie miałaby tutaj zastosowania. Natomiast poza

powyższymi sytuacjami ewentualny sprzeciw sumienia ratownika medycznego wymagałby ochrony prawnej w postaci klauzuli sumienia. Może być to istotne zwłaszcza w okolicznościach prawnych, w których częścią obowiązków zawodowych ratowników stają się procedury moralnie kontrowersyjne, które nie są związane z bezpośrednim ratowaniem czyjegoś życia lub zdrowia.

Inne zawody w ochronie zdrowia

Wolność sumienia dotyczy każdego człowieka, a więc jest możliwe, że sprzeciw sumienia wynikający z przeżywanych konfliktów moralnych będzie wyrażany również przez przedstawicieli innych zawodów w ochronie zdrowia i członków personelu administracyjnego lub technicznego. Należy podkreślić, że tylko nieliczne zawody w ochronie zdrowia posiadają własne odrębne regulacje ustawowe, co uniemożliwia objęcie regulacjami w zakresie sprzeciwu sumienia na poziomie ich własnych ustaw zawodowych. Nie może to jednak ograniczać ich konstytucyjnie gwarantowanej wolności sumienia.

Sprzeciw sumienia może być manifestowany zarówno przez przedstawicieli innych zawodów w ochronie zdrowia (np. felczerów[77] – odmowa wystawienia recepty; techników farmacji – odmowa realizacji recepty; opiekunów medycznych – odmowa współdziałania w świadczeniach

niezgodnych z ich sumieniem), jak i przez przedstawicieli personelu administracyjnego (np. odmowa pomocy lekarzowi w przygotowaniu zaświadczenia o możliwości przerwania ciąży) czy technicznego (obsługa techniczna sal i urządzeń, które służą np. do przerywania ciąży w sytuacji braku zagrożenia życia pacjentki). Problem sprzeciwu sumienia pojawia się również w kontekście kształcenia studentów, głównie medycyny, pielęgniarstwa i położnictwa. Niektórzy są skłonni przyznać studentom prawo do odmowy uczestnictwa w realizacji nieakceptowanych moralnie zabiegów w trakcie praktyk lub stażu, ale bez możliwości odmowy uczestnictwa w zajęciach, podczas których zdobywają wiedzę na temat istoty takich zabiegów[78]. W przypadku studentów problem sprzeciwu sumienia nie dotyczy jedynie aborcji, ale również kwestii uwarunkowanych kulturowo i religijnie (np. muzułmański zakaz dotykania osób płci przeciwnej a nauczanie badania fizykalnego)[79].

Z perspektywy konstytucyjnej zasady równości (art. 32 Konstytucji RP) brak ustawowej klauzuli sumienia dla niektórych zawodów medycznych nie może być przesłanką ograniczającą możliwości postępowania zgodnie z sumieniem w większym stopniu niż w zawodach, które posiadają „własną” klauzulę sumienia. Brak ustawy dedykowanej konkretnej profesji nie może być bowiem przeszkodą w korzystaniu z fundamentalnych praw i wolności, w tym wolności sumienia. Z drugiej strony

trudno wyobrazić sobie, aby każdy z tych zawodów posiadał odrębne regulacje w zakresie sprzeciwu sumienia, tym bardziej że tylko niektóre z licznych profesji medycznych uregulowane są odrębnymi ustawami, nie ma również ogólnej ustawy o zawodach medycznych.

Wydaje się, że jeśli władze publiczne chciałyby zapewnić prawną ochronę możliwości postępowania zgodnie z sumieniem przedstawicielom powyższych zawodów, mogą wybrać jedno z trzech możliwych rozwiązań. W sytuacjach braku ustawowej klauzuli sumienia można oprzeć się na zasadzie bezpośredniego stosowania przepisów Konstytucji RP w obszarze podstawowych praw i wolności – problemem w tym przypadku mogą być jednak ustawowe regulacje nakładające obowiązek działania w określonych sytuacjach. Można rozważyć również wprowadzenie generalnej klauzuli sumienia dla wszystkich zawodów medycznych do ustawy regulującej świadczenia medyczne oraz obrót środkami leczniczymi. Skutecznym rozwiązaniem byłoby też wprowadzenie odrębnej kategorii prawnej dla świadczeń, które naruszają lub mogą naruszać życie ludzkie, a nie łączą się bezpośrednio z koniecznością ratowania zdrowia lub życia. Kategoria taka nie wiązałaby się z wymogiem ich obligatoryjnej realizacji przez każdego świadczeniodawcę, tym bardziej że problem sprzeciwu sumienia dotyczy zazwyczaj podobnych sytuacji (np. przerwania ciąży, środków postkoitalnych) i wynika z podobnych racji

moralnych (poszanowania życia ludzkiego). Główną przyczyną problemu sprzeciwu sumienia w praktyce medycznej wydaje się bowiem nie kształt przepisów w zakresie klauzuli sumienia, ale zbyt szeroki zakres gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, który obejmuje procedury niekonieczne i nieuzasadnione z perspektywy teleologii i aksjologii medycznej[80].

Podsumowanie

Z zasady równości wobec prawa (art. 32 Konstytucji RP), będącej fundamentalną zasadą porządku konstytucyjnego, wynika szeroki i równy dla wszystkich osób zakres ochrony wolności sumienia, w tym prawa do postępowania zgodnie z sumieniem, a niekiedy również do sprzeciwu sumienia. Nie powinno zatem budzić wątpliwości to, że wolność sumienia, w tym możliwość odmowy postępowania niezgodnego z sumieniem, odnosi się nie tylko do przedstawicieli zawodów posiadających klauzulę sumienia na poziomie własnych ustaw zawodowych, takich jak lekarz, pielęgniarka i położna. Konstytucyjne przepisy dotyczące podstawowych praw i swobód człowieka są przepisami bezpośrednio stosowalnymi, co oznacza, że jeśli nie ma regulacji ustawowych ograniczających ich zakres, to można powoływać się na konstytucyjne prawa i wolności[81]. Bezpośrednia stosowalność przepisów z zakresu

podstawowych praw i wolności daje bowiem rękojmię ich realności[82]. W wyroku z dnia 7 października 2015 r., K 12/14 Trybunał Konstytucyjny potwierdził bezpośrednią stosowalność konstytucyjnych przepisów o wolności sumienia w obszarach nieuregulowanych ustawowo, a więc również w odniesieniu do innych zawodów, niemających „własnej" klauzuli sumienia.

Możliwość bezpośredniego stosowania przepisów konstytucyjnych w powiązaniu ze zróżnicowanymi interpretacjami prawa do sprzeciwu sumienia dla przedstawicieli zawodów, które nie posiadają klauzuli sumienia we „własnych" ustawach, nie daje jednak poczucia bezpieczeństwa prawnego w zakresie postępowania zgodnie z sumieniem wielu osobom wykonującym zawody medyczne inne niż lekarz, pielęgniarka lub położna. Z tego powodu ich przedstawiciele domagają się wpisania klauzuli sumienia do własnych ustaw zawodowych lub wprowadzenia generalnej medycznej klauzuli sumienia. Postulat ten można uznać za słuszny pod warunkiem ograniczenia prawa do sprzeciwu sumienia do sytuacji, które nie zagrażają bezpośrednio życiu lub zdrowiu pacjentów. Wydaje się jednak, że najskuteczniejszym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie zasady nieobligatoryjności w odniesieniu do świadczeń, wyrobów i produktów, które naruszają lub mogą naruszać życie ludzkie, a nie są konieczne dla zapewnienia ochrony czyjegoś zdrowia lub życia.

Do all medical professions need a conscience clause?

Summary

The aim of this work is to analyze the existing provisions in the field of right to conscientious objection when it comes to medical professions that cannot use the conscience clause. The Constitution of the Republic of Poland guarantees everyone protection of freedom of conscience. However, due to different legal interpretations, constitutional protection does not provide a sense of legal security; therefore representatives of some medical professions (mainly pharmacists and diagnosticians) are demanding that the conscience clause be included in their own professional laws. The problem of the conscientious objection is mainly tied to guaranteeing access to services, products and medical devices which are only directly related to the protection of human life or health (non-therapeutic technologies), and even sometimes violate them. Therefore, the most effective solution would be to distinguish this category of benefits (harmful to human life or health) and legalize its non-obligatory character in relation to service providers.

Keywords: conscience clause, access to health services, pharmacists, diagnosticians, paramedics

DR HAB. N. MED., DR N. PRAWN. JAKUB PAWLIKOWSKI – Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny, Katedra Nauk Humanistycznych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

---

1 Przykładowo W. Galewicz, *Jak rozumieć medyczną klauzulę sumienia*, „Diametros” 2012, t. 34, s. 136–153; J. Pawlikowski, *Prawo do sprzeciwu sumienia w medycynie – aspekty etyczno-prawne*, „Prawo i Medycyna” 2009, t. 3, s. 30–41; *Sprzeciw sumienia w praktyce medycznej – aspekty etyczne i prawne*, red. P. Stanisz, J. Pawlikowski, M. Ordon, Lublin 2014; M. Prusak,

Sprzeciw sumienia farmaceutów. Aspekty etyczne, teologiczne i prawne. Kraków 2015; *Klauzula sumienia w państwie prawa*, red. O. Nawrot, Sopot 2015.

2 Zob. np. *Stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 r. w sprawie tzw. klauzuli sumienia*, http://www.bioetyka.pan.pl/images/stories/Pliki/Stanowisko%20KB%20nr%204-2013.pdf (dostęp: 10.05.2019); *Stanowisko Zespołu Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski z dnia 20 lutego 2014 r. w sprawie sprzeciwu sumienia w medycynie*, https://episkopat.pl/stanowisko-zespolu-ekspertow-kep-ds-bioetycznych-w-sprawie-klauzuli-sumienia/ (dostęp: 10.05.2019).

3 J. Pawlikowski, *Prawo do sprzeciwu sumienia w ramach legalnej opieki medycznej. Rezolucja nr 1763 zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy z dnia 7 października 2010 roku*, „Studia z Prawa Wyznaniowego" 2011, nr 14 (14), s. 313–338.

4 Zob. np. M. Skwarzyński, *Sprzeciw sumienia w adwokaturze*, w: *Standardy bezstronności światopoglądowej władz publicznych*, red. A. Mezglewski, A. Tunia, Lublin 2013, s. 201–220; A. Machnikowska, *Klauzula sumienia w zawodzie prawnika*, w: *Klauzula sumienia w państwie prawa*, dz. cyt., s. 127–142.

5 Tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 617 ze zm.

6 Tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.

7 Wyrok TK z dnia 7 października 2015 r., K 12/14, Dz. U. poz. 1633.

8 W. Głusiec, E. Puacz, *Sprzeciw sumienia w zawodzie diagnosty laboratoryjnego*, w: *Sprzeciw sumienia w praktyce medycznej*, dz. cyt., s. 233; M. Prusak, *Sprzeciw sumienia farmaceutów. Aspekty etyczne, teologiczne i prawne*, Kraków 2015.

9 J. Hanc, *Klauzula sumienia a wykonywanie zawodu ratownika medycznego*, „Prawo i Medycyna" 2014, nr 56/57, s. 39–51.

10 Projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (wniosek klubu poselskiego Twój Ruch), druk Sejmu VII kadencji, nr 1043, http://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/Projekty/7-020-1043-2014/$file/7-020-1043-2014.pdf (dostęp: 9.09.2015).

11 A. Fiutak, A. Jacek, K. Miaskowska-Daszkiewicz i in., *Zawody w ochronie zdrowia*, Warszawa 2014.

12 Tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 227 ze zm.

13 R.D. Orr, *Autonomy, conscience and professional obligation*, „Virtual Mentor. American Medical Association Journal of Ethics" 2013, vol. 15, s. 245; F.A. Curlin, C. Nwodim, J.L. Vance i in., *To die, to sleep: US physicians, religious and other objections to physician-assisted suicide, terminal sedation, and withdrawal of life support*, „American Journal of Hospice and Palliative Care" 2008, vol. 25, s. 112–120; L.H. Harris, A. Cooper, K.A. Rasinski i in., *Obstetrician-gynecologists' objections to and willingness to help patients obtain an abortion*, „Obstetrics and Gynecology" 2011, vol. 118, s. 905–912; R.E. Lawrence, K.A. Rasinki, J.D. Yoon i in., *Obstetrician-gynecologists' beliefs about assisted reproductive technologies*, „Obstetrics and Gynecology" 2010, vol. 116, s. 127–135; L. Ganzini, H.D. Nelson, M.A. Lee i in., *Oregon physicians' attitudes about and experiences with end-of-life care since passage of the Oregon Death with Dignity Act*, „Journal of the American Medical Association" 2001, vol. 285, s. 2363–2369; A. Gawande, *When law and ethics collide: why physicians participate in executions*, „New England Journal of Medicine" 2006, vol. 354, s. 1221–1229; J. Pawlikowski, J. Sak, K. Marczewski, *Religijność lekarzy a kontrowersyjne moralnie procedury medyczne*, „Wiadomości Lekarskie" 2010, t. 5, s. 5–16; J. Pawlikowski, *Religijność lekarzy jako czynnik kształtujący postawy i decyzje zawodowe: rozważania* w *kontekście sporu* o *klauzulę sumienia*, w: *Bioetyka i praktyka medyczna: wybrane zagadnienia*, red. B. Dobrowolska, A. Pilewska-Kozak, I. Wrońska, Lublin 2011, s. 79–95; W.A. Galston, M. Rogers, *Health care providers' consciences and patients' needs: the quest for balance*, Washington, D.C. 2012, s. 14–17, http://www.brookings.edu/~/media/research/files/papers/2012/2/23%20health%20care%20galston%20rogers/0223_health_care_galston_rogers.pdf (dostęp: 10.10.2015).

14 R.E. Lawrence, F.A. Curlin, *Physicians' beliefs about conscience in medicine: a national survey*, „Academic Medicine" 2009, vol. 84 (9), s. 1276–1282; N.S. Wenger, S. Carmel, *Physicians' religiosity and end-of-life care attitudes and behaviors*, „The Mount Sinai Journal of Medicine" 2004, vol. 71 (5), s. 335–343.

15 J. Pawlikowski, *Spór o klauzulę sumienia z perspektywy celów medycyny i etyki lekarskiej*, w: P. Stanisz, J. Pawlikowski, M. Ordon, *Sprzeciw sumienia w praktyce medycznej*, dz. cyt., s. 145–170.

16 *Stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013*, dz. cyt., pkt 9.

17 Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm. i sprost.), dalej: Konstytucja RP.

18 Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 r. (Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167).

19 A. Zoll, *Klauzula sumienia*, w: *Sprzeciw sumienia w praktyce medycznej*, dz. cyt., s. 81–82.

20 Tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 1496 ze zm.

21 Tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 499 ze zm.

22 K. Miaskowska-Daszkiewicz, *Farmaceuta*, w: A. Fiutak, A. Jacek, K. Miaskowska-Daszkiewicz i in., *Zawody w ochronie zdrowia*, dz. cyt., s. 275.

23 A. Drygas, *Paracelsus znany i nieznany*, „Farmacja Polska" 1989, nr 6, s. 402–407.

24 Dopuszczonych do obrotu zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 876 z późn. zm.).

25 Kodeks został przyjęty uchwałą nr VI/25/2012 VI Krajowego Zjazdu Aptekarzy z dnia 22 stycznia 2012 r., https://www.nia.org.pl/kodeks-etyki/ (dostęp: 18.03.2019), dalej: KEA.

26 M. Prusak, *Sprzeciw sumienia w praktyce aptecznej*, dz. cyt., s. 220. Zob. R.J. Cooper, P. Bissell, J. Wingfield, *Dilemmas in dispensing, problems in practice? Ethical issues and law in UK community pharmacy*, „Clinical Ethics" 2007, vol. 2, s. 106–107.

27 Zob. S. Bąk, J. Pawlikowski, *Aspekty etyczne klauzuli sumienia dla farmaceutów w opinii pracowników aptek*, „Farmacja Polska" 2012, t. 69, z. 10, s. 561–566.

28 M. Prusak, *Sprzeciw sumienia w praktyce aptecznej*, dz. cyt., s. 219.

29 Zob. S. Bąk, J. Pawlikowski, *Aspekty etyczne*, dz. cyt., s. 561–566; S. Bąk, *Aspekty etyczne*, dz. cyt., s. 80–95.

30 M. Prusak, *Sprzeciw sumienia w praktyce aptecznej*, dz. cyt., s. 223.

31 *Benedykt XVI: Farmaceuta ma prawo do sprzeciwu sumienia. Przemówienie do uczestników międzynarodowego kongresu farmaceutów katolickich, 29.10.2007*, „L'Osservatore Romano" 2007, t. 12, s. 22. Od strony moralnej współudział farmaceutów w działaniu postrzeganym przez nich jako niegodziwe będzie często miał charakter materialny (pośredni, dalszy), a nie formalny (bezpośredni), kiedy aptekarz nie ma pewności co do celu zastosowania danego preparatu (np. środków hormonalnych). Może również nie być pewien, czy

pacjent rzeczywiście zastosuje dany środek. W przypadku gdy cel stosowania jest jednoznaczny, teologowie moraliści zalecają wyrażenie sprzeciwu sumienia – wyjątkowo, jeśli odmowa wiązałaby się z poważnymi konsekwencjami karnymi, dopuszczalne jest, aby dany środek sprzedać, a sprzeciw demonstrować w bardziej fundamentalnych kwestiach, takich jak aborcja czy środki wczesnoporonne, K. Gryz, *Sprzeciw sumienia farmaceuty – zagadnienia szczegółowe*, http://teologiamoralna.pl/wp-content/uploads/2012/03/Gryz.-Zagadnienia-szczegolowe.pdf (dostęp: 10.05.2019). Zob. również: W. Głusiec, E. Puacz, *Sprzeciw sumienia w zawodzie diagnosty laboratoryjnego*, dz. cyt., s. 232–233.

32 M. Gryka, A. Piecuch, M. Kozłowska-Wojciechowska, *Stosunek polskich farmaceutów do tzw. klauzuli sumienia. XXII Naukowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego*, Białystok 2013, s. 11; J. Baranowska, S. Baranowski, J. Kuchta i in., *Stanowisko farmaceutów i studentów farmacji wobec klauzuli sumienia*, „Pielęgniarstwo Polskie" 2012, nr 4 (46), s. 187–189; zob. S. Bąk, J. Pawlikowski, *Aspekty etyczne*, dz. cyt., s. 561–566; M. Prusak, *Sprzeciw sumienia w praktyce aptecznej*, dz. cyt., s. 218–219.

33 Zob. S. Landau, K. Besinque, F. Chung i in., *Pharmacist interest in and attitudes toward direct pharmacy access to hormonal contraception in the United States*, „Journal of the American Pharmacists Association" 2009, vol. 49, s. 43–50.

34 Zob. M. Prusak, *Sprzeciw sumienia w praktyce aptecznej*, dz. cyt., s. 217.

35 Zob. The Pharmaceutical Society of Ireland, *Supply by pharmacists of a non-pre-scription medicinal product containing levonorgestrel (Norlevo 1,5 mg tablets) as emergency hormonal contraception (2014). Guidance of the safe supply of medicines*, http://www.thepsi.ie/gns/pharmacy-practice/practice-guidance/Guidance_on_the_Medicines_Safe_Supply.aspx (dostęp: 7.08.2014); The General Pharmaceutical Council (UK), *Guidance on the provision of pharmacy services affected by religious and moral beliefs*, September 2010, http://www.pharmacyregulation.org/sites/default/files/Guidance%20on%20the%20provision%20of%20pharmacy%20services%20affected%20by%20religious%20moral%20beliefs%20g.pdf (dostęp: 7.08.2014).

36 J. Waszczuk-Napiórkowska, *Opinia prawna na temat klauzuli sumienia lekarzy, farmaceutów oraz pielęgniarek w prawie włoskim*, „Zeszyty Prawnicze Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu RP" 2012, nr 3, s. 257–268.

37 W niektórych stanach farmaceuci mogą odmówić realizacji recepty, jeśli wskażą inny podmiot (Alabama, Oregon), w innych mogą odmówić sprzedaży środków antykoncepcyjnych albo środków, co do których mają uzasadnione przekonanie, że mogą spowodować aborcję (Kansas), a niekiedy prawo nakazuje farmaceucie wydanie środka postkoitalnego (Kalifornia, Massachusets), por. M. Prusak, *Sprzeciw sumienia w praktyce aptecznej*, dz. cyt., s. 214–215.

38 Decyzja Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 2 października 2001 r. w sprawie 49853/99, *Pichon and Sajous v. France*, www.echr.coe.int (dostęp: 11.03.2019).

39 Niektórzy przedstawiciele doktryny wyrażali krytyczne komentarze do tego wyroku, np. zdaniem O. Nawrota tego rodzaju ograniczenie wydaje się naruszać prawo do wolności myśli, sumienia i wyznania oraz posiada znamiona niedozwolonej dyskryminacji (art. 14 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzonej w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmienionej następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełnionej Protokołem nr 2, Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284), por. O. Nawrot, *Klauzula sumienia w zawodach medycznych w świetle standardów Rady Europy*, „Zeszyty Prawnicze Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu RP" 2012, nr 3 (35), s. 11–22.

40 Zob. S. Bąk, J. Pawlikowski, *Aspekty etyczne*, dz. cyt., s. 561–566; J. Baranowska, S. Baranowski, J. Kuchta i in., *Stanowisko farmaceutów i studentów farmacji*, dz. cyt., s. 187–189.

41 Podobne argumenty przeciwko prawu do sprzeciwu sumienia farmaceutów przytaczane były w innych stanowiskach, zob. W. Głusiec, *Klauzula sumienia dla farmaceutów. Analiza opinii wydanej przez Comitato Nazionale per la Bioetica*, „Diametros" 2012, t. 32, s. 72; J. Savulescu, *Ethics: conscientious objection in medicine*, „British Medical Journal" 2007, vol. 332, s. 294.

42 J.J. Pawłowicz, *Jak etycznie (teologiczno-moralnie) uzasadnić prawo do sprzeciwu sumienia farmaceutów, pracujących w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej?*, http://teologiamoralna.pl/wp-content/uploads/2012/03/Pawlowicz.pdf (dostęp: 28.03.2012); A. Grześkowiak, *Sprzeciw sumienia w odniesieniu do różnych kategorii zawodów*, „Pedagogika Katolicka" 2009, nr 33.

43 J. Hołówka, *Klauzula sumienia jest w aptece zbędna*, http://www.pulsmedycyny.com.pl/index/archiwum/8918,klauzula,sumienia,aptece.html (dostęp: 30.03.2012).

44 G.T. Brown, *Discovery and revelation: the consciences of Christians, public policy, and bioethics debate*, „Christian Bioethics" 2012, vol. 18, z. 1, s. 57.

45 K. Miaskowska-Daszkiewicz, *Farmaceuta*, w: A. Fiutak, A. Jacek, K. Miaskowska-Daszkiewicz i in., *Zawody w ochronie zdrowia*, dz. cyt., s. 291.

46 Według tych przepisów farmaceuta i technik farmaceutyczny mogą odmówić wydania produktu leczniczego, jeżeli: 1) jego wydanie może zagrażać zdrowiu lub życiu pacjenta; 2) zachodzi uzasadnione podejrzenie, że produkt leczniczy może być zastosowany w celu pozamedycznym; 3) zachodzi uzasadnione podejrzenie co do autentyczności recepty; 4) konieczne jest dokonanie korekty składu leku recepturowego, w recepcie, a farmaceuta albo technik farmaceutyczny nie posiada uprawnień do dokonania takiej korekty i nie ma możliwości porozumienia się z osobą uprawnioną do wystawiania recept; 5) od dnia sporządzenia leku upłynęło co najmniej 6 dni (w przypadku leku recepturowego); 6) osoba, która przedstawiła receptę do realizacji, nie ukończyła 13. roku życia; 7) zachodzi uzasadnione podejrzenie co do wieku osoby, dla której została wystawiona recepta.

47 M. Drozd, *Prawo farmaceuty do sprzeciwu sumienia w świetle obowiązujących regulacji prawnych*, „Studia z Prawa Wyznaniowego" 2013, t. 16, s. 271.

48 *Rzecznik pisze do Ministra Zdrowia w sprawie klauzuli sumienia aptekarzy*, https://www.rpo.gov.pl/pl/content/rzecznik-pisze-do-ministra-zdrowia-w-sprawie-klauzuli-sumienia-aptekarzy (dostęp: 23.03.2019); *Rzecznik pisze do Głównego Inspektora Farmaceutycznego w sprawie powoływania się przez farmaceutów na klauzulę sumienia*, https://www.rpo.gov.pl/pl/content/rzecznik-pisze-do-glownego-inspektora-farmaceutycznego-w-sprawie-powolywania-sie-przez-farmaceutww (dostęp: 23.03.2019).

49 *Klauzula sumienia w aptekach? Odpowiedź Głównego Inspektora Farmaceutycznego*, https://www.rpo.gov.pl/pl/content/klauzula-sumienia-w-aptekach-odpowiedz-GIF (dostęp: 23.03.2019). W 2012 r., jeszcze przed wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego w sprawie klauzuli sumienia dla lekarzy, Główny Inspektor Farmaceutyczny w korespondencji z Federacją na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny wyraził opinię, że z racji braku klauzuli sumienia

w Prawie farmaceutycznym aptekarze nie mogą wyrażać sprzeciwu sumienia. Opinia wydaje się już nieaktualna i nie znajduje się wśród oficjalnych komunikatów Głównego Inspektora Farmaceutycznego.

50 *Minister Zdrowia – farmaceuci mogą stosować klauzulę sumienia*, https://www.rpo.gov.pl/pl/content/minister-zdrowia-farmaceuci-mog%C4%85-stosowa%C4%87-klauzul%C4%99-sumienia (dostęp: 22.03.2019).

51 *Stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013*, dz. cyt.

52 Zob. *Stanowisko Zespołu Ekspertów KEP ds. Bioetycznych w sprawie klauzuli sumienia (14 lutego 2014 r.)*, https://episkopat.pl/stanowisko-zespolu-ekspertow-kep-ds-bioetycznych-w-sprawie-klauzuli-sumienia/ (dostęp: 10.05.2019).

53 O. Nawrot, *Prawa człowieka, sprzeciw sumienia i państwo prawa*, w: *Sprzeciw sumienia w praktyce medycznej*, dz. cyt., s. 114; zob. również: O. Pankiewicz, *Prawo do sprzeciwu sumienia lekarza i farmaceuty*, https://www.ordoiuris.pl/wolnosc-sumienia/prawo-do-sprzeciwu-sumienia-lekarza-i-farmaceuty (dostęp: 10.05.2019).

54 W swojej wypowiedzi prof. A. Zoll nie do końca zasadnie utożsamia środki wczesnoporonne ze środkami postkoitalnymi, ale wydaje się, że nie zmienia to charakteru jego wypowiedzi, A. Zoll, *Klauzula sumienia*, dz. cyt., s. 85.

55 M. Drozd, *Prawo farmaceuty do sprzeciwu sumienia*, dz. cyt., s. 268.

56 Na VI Krajowym Zjeździe Aptekarzy w Szczyrku, który odbył się w dniu 22 stycznia 2012 r., przyjęto nowy Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej, będący załącznikiem do uchwały nr VI/25/2012. Artykuły przytoczone w niniejszej pracy, na które powoływali się zwolennicy klauzuli sumienia dla farmaceutów, pochodzą z wcześniejszej wersji kodeksu etyki. W wersji obecnej również można znaleźć przepisy odwołujące się do zagwarantowania wolności postępowania zgodnie z sumieniem (art. 3 KEA).

57 M. Drozd, *Prawo farmaceuty do sprzeciwu sumienia*, dz. cyt., s. 272.

58 Zob. R.J. Cooper, P. Bissell, J. Wingfield, *Dilemmas in dispensing, problems in practice*, dz. cyt., s. 107.

59 Należy dodać, że obowiązek posiadania wszystkich zarejestrowanych produktów i wyrobów medycznych, w tym takich, które nie służą ratowaniu zdrowia i życia chorego, a nawet mogą naruszać życie ludzkie, budzi poważne wątpliwości konstytucyjne, bowiem trudno wskazać, że jest to konieczne

ograniczenie wolności sumienia farmaceutów (a takiej konieczności wymaga art. 31 Konstytucji RP).

60 M. Drozd, *Prawo farmaceuty do sprzeciwu sumienia*, dz. cyt., s. 279.

61 Zob. A. Magowska, *Analityka medyczna jako element polityki w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce w latach 1918–1939*, w: *Zawody diagnosty laboratoryjnego i felczera za ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, red. B. Urbanek, Warszawa 2011, s. 207–218; W. Głusiec, E. Puacz, *Sprzeciw sumienia w zawodzie diagnosty laboratoryjnego*, dz. cyt., s. 227–234.

62 Tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 2245 ze zm.

63 K. Miaskowska-Daszkiewicz, *Diagnosta laboratoryjny*, w: A. Fiutak, A. Jacek, K. Miaskowska-Daszkiewicz i in., *Zawody w ochronie zdrowia*, dz. cyt., s. 296.

64 Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych, *Kodeks Etyki Diagnosty Laboratoryjnego*, http://kidl.org.pl/index.php?page=kodeks-etyki-diagnosty-laboratoryjnego-2 (dostęp: 16.08.2014).

65 W. Głusiec, E. Puacz, *Sprzeciw sumienia w zawodzie diagnosty laboratoryjnego*, dz. cyt., s. 233. W przypadku badań prenatalnych mających prowadzić do przerwania ciąży współudział nie ma charakteru formalnego i bezpośredniego, ale materialny i pośredni (wykonawca nie podziela intencji głównego sprawcy i nie ma pewności co do celu badania). Niejasność co do celu badania (dla diagnosty) sprawia, że sprzeciw sumienia w tej sytuacji należy do sytuacji zupełnie wyjątkowych.

66 Tamże.

67 *Stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013*, dz. cyt., s. 3.

68 W. Głusiec, E. Puacz, *Sprzeciw sumienia w zawodzie diagnosty laboratoryjnego*, dz. cyt., s. 230.

69 Projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawy o diagnostyce laboratoryjnej oraz ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, druk Senatu IX kadencji, nr 1034, https://www.senat.gov.pl/prace/senat/proces-legislacyjny-w-senacie/inicjatywy-ustawodawcze/inicjatywa,79.html (dostęp: 23.03.2019). Projekt stanowił konsekwencję petycji złożonej w Senacie przez Fundację SPES (P9-38/17).

70 M. Olszówka, *Analiza projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawy o diagnostyce laboratoryjnej oraz ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (druk senacki nr 1034/IX kadencja)*,

https://ordoiuris.pl/wolnosc-sumienia/analiza-projektu-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-zawodach-lekarza-i-lekarza-dentysty#_ftn1 (dostęp: 23.03.2019).

71 *Opinia RPO do senackiego projektu w sprawie klauzuli sumienia*, https://www.rpo.gov.pl/pl/content/opinia-rpo-do-senackiego-projektu-w-sprawie-klauzuli-sumienia (dostęp: 23.03.2019).

72 Tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 2195 z późn. zm.

73 Projekt ustawy o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie zawodowym ratowników medycznych, druk Sejmu VII kadencji, nr 1928, http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/druk.xsp?nr=1928 (dostęp: 10.02.2016).

74 J. Hanc, *Klauzula sumienia*, dz. cyt., s. 39–51.

75 M. Szydło, *Opinia prawna o potencjalnych kolizjach pomiędzy przepisami projektu ustawy o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie zawodowym ratowników medycznych (druk sejmowy nr 1928) a przepisami obowiązujących ustaw regulujących materie znajdujące się w zakresie przedmiotowym projektu*, 30 kwietnia 2014 r., http://orka.sejm.gov.pl/rexdomk7.nsf/Opdodr?OpenPage&nr=1928 (dostęp: 8.09.2015), s. 11.

76 R. Alta Charo, *The celestial fire of conscience – refusing to deliver medical care*, „New England Journal of Medicine" 2005, vol. 352, s. 2471–2473.

77 Zawód regulowany ustawą z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 2150 ze zm.).

78 B.M. Dickens, R.J. Cook, *The scope and limits of conscientious objection*, „International Journal of Gynecology and Obstetrics" 2000, vol. 71, s. 76; S.L.M. Strickland, *Conscientious objection in medical students: a questionnaire survey*, „Journal of Medical Ethics" 2012, vol. 38, s. 22; B. Dobrowolska, *Sprzeciw sumienia w praktyce pielęgniarki i położnej. Analiza rozwiązań polskich i wybranych rozwiązań europejskich*, „Studia z Prawa Wyznaniowego" 2013, vol. 16, s. 262–263.

79 R.F. Card, *Is there no alternative? Conscientious objection by medical students*, „Journal of Medical Ethics" 2012, vol. 38 (10), s. 602–604.

80 Więcej na ten temat zob. J. Pawlikowski, *Spór o klauzulę sumienia z perspektywy celów medycyny*, dz. cyt., s. 145–170.

81 P. Tuleja, *Stosowanie Konstytucji RP w świetle zasady jej nadrzędności (wybrane zagadnienia)*, Kraków 2003, s. 63; J. Szymanek, *Interpretacja przepisów wyznaniowych w konstytucji*, „Studia z Prawa Wyznaniowego" 2006, t. 9, s. 101–132.

82 A. Łabno-Jabłońska, *Zasada bezpośredniego obowiązywania konstytucyjnych praw i wolności jednostki. Analiza prawnoporównawcza*, w: *Podstawowe prawa jednostki i ich sądowa ochrona*, red. L. Wiśniewski, Warszawa 1997, s. 64.

Anna Bednarek,
Anna Bodajko-Grochowska,
Danuta Zarzycka

Wybrane aspekty migracji zawodowej personelu medycznego

Zjawisko migracji jako trend globalny

Ludzie od zawsze poszukiwali nowych miejsc do życia, motywowani ciekawością świata lub zmuszani do tego panującymi warunkami. Zjawisko to można było zaobserwować na świecie, w Europie oraz w Polsce w ciągu ostatnich stuleci. Przez długi czas swojej historii nasz kraj przyjmował imigrantów z całej Europy, a od XIX w. sami Polacy zaczęli migrować. Przekrój zawodowy osób wyjeżdżających obejmuje także przedstawicieli personelu medycznego[1].

Nasilające się aktualnie zjawisko migracji to jedno z ważnych wyzwań zarówno dla Europy, jak i poszczególnych krajów członkowskich Unii Europejskiej. Wiąże się ono przede wszystkim z przemianami

ekonomicznymi, kulturowymi i obyczajowymi, które występują na całym świecie. W ostatnich latach wiele krajów europejskich wprowadziło istotne zmiany w polityce imigracyjnej jako rezultat dostosowania jej do zmieniających się okoliczności politycznych. Przemiany te ukierunkowane są przede wszystkim na wzrost ograniczeń dotyczących poszukiwania wykwalifikowanych pracowników medycznych[2].

Dlatego w perspektywie globalnej migracja pracowników medycznych pokazuje sytuację rynku usług zdrowotnych na płaszczyźnie międzynarodowej wynikającą głównie z warunków ekonomicznych. W połączeniu ze zmianami demograficznymi, jakie zachodzą w ostatnich latach w grupie profesjonalistów medycznych w wielu krajach, w tym również w Polsce, może to mieć istotny wpływ na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w naszym kraju[3].

Migracja personelu medycznego odbywa się przede wszystkim w kierunkach: wschód – zachód, południe – północ. Krajami, które przyjmują najwięcej migrantów, są Wielka Brytania, Niemcy czy kraje skandynawskie. Natomiast kraje Europy Środkowo-Wschodniej i Południowej są tymi, z których najczęściej pochodzą migranci[4].

Celem prezentowanego artykułu jest omówienie wybranych aspektów migracji zawodowej personelu

medycznego, z uwzględnieniem kwestii wyjazdów lekarzy, pielęgniarek i położnych z Polski.

Materiał i metoda

W pracy posłużono się analizą literatury (niesystematyczny przegląd piśmiennictwa) z baz danych pozostających w dostępie wolnym oraz subskrybowanych przez Bibliotekę Główną Uniwersytetu Medycznego w Lublinie z zakresu omawianej problematyki z lat 2000–2018. Wykorzystano również dane z monitoringu dokumentacji migracyjnej personelu medycznego na terenie województwa lubelskiego pochodzące ze zbioru danych Okręgowej Izby Lekarskiej w Lublinie oraz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie.

Autorzy serdecznie dziękują Panu magistrowi Andrzejowi Tytule – Przewodniczącemu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie za umożliwienie dostępu do danych dotyczących zjawiska migracji pielęgniarek i położnych na obszarze województwa lubelskiego

Uwarunkowania migracji personelu medycznego z Polski

Przemieszczanie się personelu medycznego jest coraz częstszym zjawiskiem o charakterze globalnym.

W literaturze wskazuje się na trzy zasadnicze grupy czynników determinujących międzynarodowy handel usługami, tj. prawne, ekonomiczno-społeczne oraz techniczne. Zapotrzebowanie na usługi medyczne w wielu krajach na świecie, prawne uwarunkowania zezwalające na transfer personelu medycznego, a także rozwój środków transportu stwarzają sprzyjające warunki do rozwoju migracji przedstawicieli zawodów medycznych, co wpływa na zwiększenie się skali tej migracji w ostatnich latach[5].

Na rozwój zjawiska migracji mają wpływ czynniki wypychające (ang. *push factors*), których skutkiem jest wywołanie chęci opuszczenia danego miejsca, oraz czynniki przyciągające (ang. *pull factors*), czyli tworzenie systemu zachęt i nowych alternatyw dla jednostki w miejscu przyjazdu. Wśród czynników motywujących pracowników medycznych do wyjazdu (szczególnie z Polski) największe znaczenie miało wejście naszego kraju do Unii Europejskiej w 2004 r. Dało ono obywatelom możliwość korzystania z przysługujących im praw wspólnotowych, tj. swobodnego przepływu osób i kapitału. W związku z tym, że kwalifikacje zawodowe personelu medycznego są automatycznie uznawane przez inne kraje członkowskie Unii Europejskiej, zniknęła podstawowa bariera w podejmowaniu pracy w innym kraju Unii, czyli konieczność zdawania egzaminów potwierdzających kwalifikacje w języku kraju docelowego (lub przynajmniej w języku angielskim)[6].

Zjawiska o charakterze gospodarczym, czyli różnice między zarobkami personelu medycznego w Polsce a zarobkami w innych krajach Unii, stały się impulsem do migracji, a tym samym dążenia do poprawy jakości życia. Blisko 90% lekarzy oraz pielęgniarek i położnych wskazuje kwestie zarobków jako główną przyczynę wyjazdów. Unia Europejska i Norwegia są obecnie podstawowymi kierunkami wyjazdów polskich pracowników medycznych (lekarzy, pielęgniarek i położnych), gdyż mogą oni swobodnie zmieniać miejsce pracy, otrzymując zadowalające wynagrodzenie, pracować w lepszych warunkach i funkcjonować w podobnej sferze kulturowej. Wśród innych powodów migracji polskich pracowników medycznych wymienia się ponadto różnice w systemach ochrony zdrowia oraz kulturach poszczególnych krajów, które wywołują ciekawość tych zmian, chęć zdobycia nowych doświadczeń i umiejętności, a także zwiększanie możliwości rozwoju zawodowego[7].

Oferty pracy za granicą, publikowane na stronach internetowych, skierowane są zarówno do lekarzy specjalistów, jak i tych, którzy ukończyli dopiero studia i rozpoczęli staż. Jak podaje raport Naczelnej Izby Lekarskiej[8], jedną z nadrzędnych przyczyn migracji młodych lekarzy jest możliwość rozpoczęcia specjalizacji zgodnie ze swoimi zainteresowaniami. W Polsce ponad połowa absolwentów stażu podyplomowego nie ma szansy na otwarcie wymarzonej specjalizacji. Nepotyzm dotyczy

głównie chirurgii, ortopedii czy ginekologii. Przyczyną wyjazdów są także: nadmierna biurokracja, przekraczanie dopuszczalnego czasu pracy oraz zbyt duża liczba pacjentów przypadającą na jednego lekarza. Kolejnym powodem migracji polskich medyków, zwłaszcza naukowców, jest brak regulacji odpisów podatkowych wydatków poniesionych w związku z dokształcaniem się, a często także brak zgody przełożonych na odbycie tego rodzaju szkoleń[9].

Powody osobiste i rodzinne nadal pozostają osobnym ważnym elementem migracji personelu medycznego.

Zjawisko migracji zawodowej lekarzy w skali globalnej

Badania epidemiologiczne wskazują na rosnące tempo migracji międzynarodowych. Liczba migrujących przedstawicieli zawodów medycznych w ciągu 40 lat urosła z 75 mln do 150 mln. W 60% migracja obejmowała również ich rodziny. Źródła międzynarodowe wskazują, że największy odsetek imigrantów różnych narodowości wśród lekarzy odnotowuje się w krajach anglojęzycznych (po 30%), tj. w Irlandii, Nowej Zelandii i Wielkiej Brytanii, a najmniejszy w Polsce (1%), Francji i Belgii (< 5%). Najpoważniejszy problem dla systemu ochrony zdrowia

danego kraju stanowi odpływ kadry medycznej z mniejszych państw, np. z Liberii10.

W porównaniu do innych krajów europejskich mamy za mało lekarzy, co powoduje, iż na 1000 mieszkańców przypada niewiele ponad 2 medyków. I tak wskaźnik lekarzy waha się między 1,5 a 1,7 w województwach warmińsko-mazurskim i opolskim, przyjmując wartości między 2,2 a 2,4 w województwach mazowieckim i śląskim. Dane statystyczne podają, że obecnie w Polsce zarejestrowanych jest ponad 188 tys. lekarzy i lekarzy dentystów, w tym ok. 171 tys. osób czynnych zawodowo. Jedynie 94 tys. z nich to specjaliści. Zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn najliczniejszą grupę stanowią osoby powyżej 50. roku życia. Za jedną z przyczyn tego stanu rzeczy należy uznać migrację młodych lekarzy.

Zewnętrzne migracje lekarzy są określane na podstawie liczby wydanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych. Statystyki w tym zakresie prowadzi Naczelna Izba Lekarska (NIL). Jak podaje NIL, od 2004 r. z kraju wyjechało ponad 12 tys. lekarzy i lekarzy dentystów, głównie młodych, po stażu lub z doktoratami. Dotychczas zaobserwowano dwie fale emigracji. Pierwsza wystąpiła po wejściu Polski do UE (2004 r.), druga jest obserwowana od 2013 r.

Według raportu Ministerstwa Zdrowia z 2018 r. liczba wydanych zaświadczeń z roku na rok wzrasta. W latach 2011–2013 wydano ich 666 w skali roku, w 2014 i 2015 r.

już odpowiednio więcej: 1502 i 1426. Co ciekawe, w 2017 r. liczba ta była o 9% niższa. Najczęściej na emigrację decydują się lekarze z zachodniej Polski, głównie z województwa dolnośląskiego (158 zaświadczeń), zachodniopomorskiego (93) czy wielkopolskiego (107). Jak przyznają sami przedstawiciele Izb Lekarskich z tych obszarów, trend ten może być również związany z bezpośrednim sąsiedztwem z Niemcami oraz Czechami i poczuciem historycznej bliskości z ich mieszkańcami. Najmniej zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych przekazano w 2017 r. lekarzom w województwie świętokrzyskim (13) czy opolskim (16)[10]. Polacy wyjeżdżają także do krajów, które nie wymagają zaświadczeń, takich jak Stany Zjednoczone Ameryki Północnej (USA), Kanada, Emiraty Arabskie czy Nowa Zelandia.

Najwięcej zaświadczeń otrzymują specjaliści zabiegowi: chirurdzy plastyczni (18,4%) i chirurdzy klatki piersiowej (17,6%). Na trzecim miejscu plasują się anestezjolodzy (17,4%), a na czwartym patomorfolodzy (13%). Najmniej zaświadczeń wydawanych jest geriatrom (8%) (tabela 1). Zgodnie z danymi najwyższy odsetek imigrantów lekarzy wykształconych w Polsce notuje się w Wielkiej Brytanii, Niemczech, Szwecji czy Irlandii. Najrzadziej polscy lekarze wyjeżdżają natomiast do Holandii oraz Francji. Warto podkreślić, iż liczba wydanych zaświadczeń nie jest równoznaczna z liczbą przedstawicieli personelu medycznego, którzy w rzeczywistości zdecydowali się na

podjęcie pracy zawodowej za granicą. Liczba tych osób faktycznie nie jest znana. Wiadomo jednak, iż większość lekarzy podejmuje pracę na czas określony (1–3 miesięcy) lub tylko w weekendy. Przeważająca większość z nich posiada kwalifikacje specjalisty. W odróżnieniu od lekarzy pielęgniarki często nie pobierają zaświadczeń o kwalifikacjach, wyjeżdżając za granicę w trakcie bezpłatnego urlopu i pracując w opiece długoterminowej lub domach opieki zdrowotnej.

Tabela 1. Wybrane specjalności lekarskie z najwyższym i najniższym odsetkiem pobranych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych w Polsce do 2016 r.

Specjalność	**Odsetek otrzymanych zaświadczeń**
Chirurgia plastyczna	18,45%
Chirurgia klatki piersiowej	17,6%
Anestezjologia i intensywna terapia	17,37%
Patomorfologia	12,88%
Radiologia i diagnostyka obrazowa	10,81%
Mikrobiologia lekarska	8,54%
Urologia	8,54%
Geriatria	8,33%
Chirurgia naczyniowa	8,18%

Źródło: M. Kędzierski, *Liczby zaświadczeń wydanych lekarzom ubiegającym się o uznanie kwalifikacji w innych krajach UE*, 8.01.2016, https://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0010/104140/Zestawienie-nr-06a.pdf (dostęp: 15.06.2018).

Z drugiej strony Polska jest atrakcyjnym krajem do osiedlania się dla lekarzy ze Wschodu. W Polsce zawód lekarza wykonuje 291, a lekarza dentysty 62 medyków z Ukrainy oraz 122 lekarzy i 32 stomatologów z Białorusi (stan na 31 marca 2017 r.). Lekarze, którzy ukończyli studia poza UE, aby rozpocząć pracę w Polsce, muszą nostryfikować dyplom, co znacznie ogranicza ich możliwości zatrudnienia w polskim systemie ochrony zdrowia[11].

W województwie lubelskim organem powołanym do wydawania zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów wyjeżdzających z kraju do pracy za granicą jest Okręgowa Izba Lekarska (OIL) w Lublinie.

Według danych OIL w Lublinie za lata 2004–2018 (stan na 23 maja 2018 r.) liczba zaświadczeń potwierdzających osiągnięte kwalifikacje zawodowe wydanych lekarzom i lekarzom dentystom wynosiła 1051. Najczęściej pobierali takie zaświadczenia interniści (264), pediatrzy (140) i chirurdzy (86). Najrzadziej chęć wyjazdu deklarowali urolodzy, mikrobiolodzy i gastrolodzy (po 1) – tabela 2. W województwie lubelskim najwięcej zaświadczeń wydano lekarzom pomiędzy 40. a 59. rokiem życia, z czego 57% stanowiły kobiety (tabela 3).

Tabela 2. Liczba zaświadczeń regulujących zasady uznawania kwalifikacji zawodowych w krajach UE z podziałem na specjalizacje

lekarskie (od 1 stycznia 2004 r. do 23 maja 2018 r.) wydanych przez OIL w Lublinie

Specjalność	**Liczba zaświadczeń**
Choroby wewnętrzne	264
Pediatria	140
Chirurgia ogólna	86
Anestezjologia i intensywna terapia	76
Położnictwo i ginekologia	72
Medycyna rodzinna	56
Neurologia	45
Stomatologia ogólna	38
Medycyna pracy	30
Kardiologia	32
Okulistyka	28
Radiodiagnostyka	28
Medycyna ogólna	26
Psychiatria	20
Inne	136
Razem	**1051**

Źródło: dane Okręgowej Izby Lekarskiej w Lublinie.

Tabela 3. Struktura wieku lekarzy, którym OIL w Lublinie wydała zaświadczenia regulujące zasady uznawania kwalifikacji zawodowych w krajach UE (od 1 stycznia 2004 r. do 23 maja 2018 r.)

Kategoria wieku	Kobiety	Mężczyźni	Razem
Do 29 lat	18	3	21
Od 30 do 39 lat	87	55	142
Od 40 do 49 lat	162	122	86
Od 50 do 59 lat	146	138	76
Od 60 do 69 lat	114	78	72
70 lat i więcej	37	33	56
Razem	**564**	**429**	**993**

Źródło: dane Okręgowej Izby Lekarskiej w Lublinie.

Zjawisko migracji zawodowej pielęgniarek i położnych na świecie

W literaturze przedmiotu opisano charakterystyczny profil migracji oraz polityki rekrutacyjnej wobec pielęgniarek i położnych typowy dla niektórych krajów europejskich i pozaeuropejskich. W statystykach dotyczących migracji międzynarodowej pielęgniarek i położnych zgromadzonych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) odnotowano wzrost napływu pielęgniarek do Australii, Irlandii, Norwegii, Wielkiej Brytanii i USA z krajów średnio i słabo rozwiniętych. Natomiast w Norwegii i Australii najczęściej zatrudniano pielęgniarki z krajów wysoko rozwiniętych, tj. z Irlandii, Wielkiej Brytanii i USA. Do Irlandii najczęściej

przyjeżdżały pielęgniarki z: Australii, Indii, Filipin, Republiki Południowej Afryki (RPA) i Wielkiej Brytanii[12].

Od 1990 do 2001 r. w Irlandii systematycznie wzrastała liczba zarejestrowanych pielęgniarek, które emigrowały najczęściej z krajów UE. W 2001 r. liczba zarejestrowanych pielęgniarek spoza UE przekroczyła tam liczbę pielęgniarek z kraju macierzystego. Podobny trend odnotowano w latach 1989–2002 w Wielkiej Brytanii, gdzie pielęgniarki i położne migrowały najczęściej z Australii, Indii, Filipin i Południowej Afryki, co spowodowało, że odsetek zarejestrowanych pielęgniarek spoza granic kraju w 2002 r. przewyższył liczbę osób z wykształceniem pielęgniarskim pochodzących z Wielkiej Brytanii[13].

Z kolei do USA najwięcej pielęgniarek migrowało z Filipin (około 33% wszystkich złożonych aplikacji), Kanady, Nigerii, Korei i Indii, w Nowej Zelandii zaś 21% pielęgniarek pochodzi z zagranicy i odsetek ten znacznie wzrósł w ostatniej dekadzie. Również w Szwajcarii jest on bardzo wysoki i sięga 30%, a w szpitalach uniwersyteckich dochodzi nawet do 70%. Z danych zaprezentowanych w biuletynie WHO za rok 2003 wynika, że 1% aplikacji do pracy jako pielęgniarki w USA złożyły osoby z Polski[14].

Zewnętrzne migracje pielęgniarek i położnych są określane na podstawie liczby wydanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych. Statystyki w tym zakresie prowadzi Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. Według raportu Ministerstwa Zdrowia z 2006 r. liczba zaświadczeń wydanych

pielęgniarkom i położnym w stosunku do liczby personelu pielęgniarsko-położniczego w 2005 r. wynosiła 1,1%, natomiast w 2006 r. wzrosła do 1,9%. W okresie od 2004 do 2007 r. wydano 9001 zaświadczeń, a w 2008 r. – 1449. Najwięcej zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych wydano pielęgniarkom i położnym w Opolu (274). Podobna liczba zaświadczeń została wydana w Krakowie (89), Łodzi (89), Katowicach (85) i Warszawie (81), natomiast w Rzeszowie wydano ich 40[15].

Przed wstąpieniem Polski do UE poza granicami naszego kraju pracowało 1883 pielęgniarek, w tym najwięcej w Austrii, Szwecji, Wielkiej Brytanii i Grecji (tabela 4).

Tabela 4. Liczba pochodzących z Polski pielęgniarek pracujących w krajach Unii Europejskiej przed przystąpieniem Polski do Wspólnoty

Kraj	**Pielęgniarki**
Austria	841
Szwecja	475
Wielka Brytania	263
Grecja	133
Dania	93
Hiszpania	27
Francja	24
Węgry	13

Irlandia	6
Finlandia	5
Luksemburg	3
Portugalia	0
Razem	**1883**

Źródło: Ministerstwo Zdrowia, *Migracje polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej,* dz. cyt., s. 5.

W województwie lubelskim organem powołanym do wydawania zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych pielęgniarek i położnych wyjeżdzający z kraju do pracy za granicą jest Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Lublinie (OIPiP).

Według danych OIPiP za lata 2000–2018 (do 30 kwietnia) liczba zaświadczeń potwierdzających osiągnięte kwalifikacje zawodowe wydanych pielęgniarkom wynosiła 612 (tabela 5), natomiast położnym – 38 (tabela 6). Częściej pobierały takie zaświadczenia pielęgniarki i położne z tytułem licencjata niż magistra. Łącznie wydano 650 zaświadczeń, w tym 610 dla kobiet i 40 dla mężczyzn. Najwięcej pielęgniarek i położnych opuszczało nasz kraj przed wstąpieniem Polski do UE i w pierwszych latach naszej obecności w Unii. Stosunkowo dużo zaświadczeń wydano w latach 2014–2016, natomiast od 2017 r. trend wyjazdów zdecydowanie maleje. Najczęściej pielęgniarki i położne deklarują chęć wyjazdu do Wielkiej Brytanii

i Włoch, a także do Niemiec, Irlandii oraz Norwegii (tabele 7 i 8). Powyższe dane nie odzwierciedlają jednak skali problemu. Zgodnie z ostatnimi statystykami liczba zatrudnionych pielęgniarek i położnych może być znacznie niższa od liczby osób posiadających prawo wykonywania zawodu. Skala bezrobocia w tej grupie zawodowej może wynosić około 2%. Niskie zarobki i nadmiar obowiązków sprawiają, że pielęgniarki nie są zainteresowane podjęciem pracy w wyuczonym zawodzie.

Tabela 5. Liczba zaświadczeń wydanych przez OIPiP w Lublinie na potrzeby uznania kwalifikacji zawodowych w okresie od 1 stycznia 2000 r. do 30 kwietnia 2018 r. dla poszczególnych grup pielęgniarek z województwa lubelskiego

Magister pielęgniarstwa	**Licencjat pielęgniarstwa**	**Absolwenci medycznych szkół zawodowych – pielęgniarki**	**Absolwenci liceów medycznych**	**Razem**
140	150	216	106	612

Źródło: dane Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie.

Tabela 6. Liczba zaświadczeń wydanych przez OIPiP w Lublinie na potrzeby uznania kwalifikacji zawodowych w okresie od 1 stycznia 2000 r. do 30 kwietnia 2018 r. dla poszczególnych grup położnych z województwa lubelskiego

Magister położnictwa	Licencjat położnictwa	Absolwenci medycznych szkół zawodowych – położne	Razem
11	13	14	38

Źródło: dane Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie.

Tabela 7. Liczba pielęgniarek i położnych, którym OIPiP w Lublinie wydała zaświadczenia na potrzeby uznania kwalifikacji zawodowych w poszczególnych latach (od 2000 r. do kwietnia 2018 r.)

Rok	Pielęgniarki	Położne
2000–2004	68	1
2005	87	0
2006	69	0
2007	36	0
2008	34	1
2009	28	4
2010	22	3
2011	31	4
2012	30	3
2013	33	3
2014	45	4
2015	67	8
2016	40	5
2017	17	2
2018 (do 30 kwietnia)	5	0

Razem	**612**	**38**

Źródło: dane Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie.

Tabela 8. Docelowe kraje migracji pielęgniarek i położnych od 2000 r. do kwietnia 2018 r. na podstawie rejestru danych OIPiP w Lublinie

Kraj	**Pielęgniarki i położne**
Szwecja	7
Holandia	8
Stany Zjednoczone Ameryki	10
Szkocja	11
Francja	15
Belgia	17
Szwajcaria	17
Austria	20
Niemcy	66
Irlandia	66
Norwegia	68
Włochy	131
Wielka Brytania	214
Razem	**650**

Źródło: dane Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie.

Problemy wewnętrznej migracji personelu medycznego

Niezdiagnozowanym problemem pozostaje migracja wewnętrza personelu lekarskiego i pielęgniarsko-położniczego z małych miejscowości do dużych miast Polski. Od 2007 r., wraz ze wzrostem wynagrodzeń lekarzy, pielęgniarek i położnych, obserwuje się zmniejszenie liczby zaświadczeń wydawanych pracownikom medycznym dla celów wyjazdów zagranicznych. Istotnym zagadnieniem pozostaje też migracja powrotna i czasowa personelu oraz możliwości pracy i wykorzystania doświadczenia zawodowego zdobytego za granicą w polskich realiach systemu opieki zdrowotnej[16].

Emigracja zarobkowa lekarzy, pielęgniarek i położnych stanowi światowy trend, który prowadzi do braków kadrowych w krajach uboższych. W literaturze wskazuje się jednak również na rozwój umiejętności zawodowych, stanowiący pozytywny aspekt migracji. Priorytetowym zadaniem dla rządów poszczególnych krajów jest dzisiaj zatrzymanie wykwalifikowanej kadry medycznej. Może być ono realizowane poprzez odpowiednią politykę kadrową zwiększającą zatrudnienie, reformę systemu ochrony zdrowia oraz regulacje prawne stwarzające pozytywne warunki pracy oraz płacy, które nie będą wzbudzały u personelu medycznego chęci szukania pracy w innych krajach[17].

Podsumowanie

Jednym z kluczowych problemów w ochronie zdrowia jest deficyt kadr medycznych. Dotyczy on przede wszystkim najmłodszych przedstawicieli wykwalifikowanej kadry medycznej. Główną przyczyną tego zjawiska jest nasilona migracja lekarzy, pielęgniarek i położnych. Z drugiej strony coraz większa liczba absolwentów po uzyskaniu dyplomu odchodzi od czynnego wykonywania zawodu, podejmując pracę np. w firmach farmaceutycznych czy administracji. Analiza przyczyn migracji personelu medycznego wskazuje, że proces ten jest uwarunkowany wieloma czynnikami, w tym wieloletnimi niewystarczającymi inwestycjami w edukację, poziomem zarobków, warunkami w środowisku pracy oraz zarządzaniem systemami zdrowia publicznego. Jednocześnie proces migracji personelu medycznego wymaga głębszego poznania i zastosowania odpowiednich strategii działania w polityce zdrowotnej państwa. Konieczne wydaje się określenie zakresu potrzeb w szkoleniu specjalistów ochrony zdrowia oraz dostosowanie limitów kształcenia kadr medycznych do zapotrzebowania rynku ochrony zdrowia. Należy także zastanowić się, czy możliwe jest pozyskanie właściwych zasobów ludzkich poprzez aktywną politykę imigracyjną.

Selected aspects of professional migration of medical personnel

Summary

The aim of the study is to discuss chosen aspects of professional migration of medical personnel, including the issue of migration by doctors, nurses and midwives from Poland. The paper relies on the analysis of literature sources (non-systematic review of the literature) from free access databases available through the Main Library of the Medical University of Lublin that pertain to the discussed issues and are limited to years 2000–2018. The data from the monitoring of migratory documentation of medical personnel in the Lublin Province were also used, as sourced from the data of the Regional Medical Chamber in Lublin and the District Chamber of Nurses and Midwives in Lublin. The analysis of the causes of medical personnel migration indicates that the process is conditioned by a number of factors, including the long-standing insufficient state investments in education, earnings, work environment as well as in the management of public health systems. Still, the dominant factors are the differences in the level of remuneration and career opportunities abroad. The migration process concerning the medical staff requires the use of appropriate strategies for action within the state health policy.

Keywords: Poland, migration, doctors, nurses, midwives

DR N. MED. ANNA BEDNAREK –
Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
DR N. MED. ANNA BODAJKO-GROCHOWSKA –
Klinika Chorób Płuc i Reumatologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
DR HAB. N. O ZDR. DANUTA ZARZYCKA –
Kierownik Katedry i Zakładu Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

1 M. Kautsch, *Migracje personelu medycznego i ich skutki dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia" 2013, nr 11, (2), s. 169–179.

2 K. Nosowska, P. Goryński, *Migracja personelu medycznego do pracy za granicą w okresie pierwszego roku po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej*, „Problemy Higieny i Epidemiologii" 2006, nr 87 (1), s. 55–60.

3 A. Makulec, *Jak, dokąd i dlaczego migrują europejscy medycy?*, „Biuletyn Migracyjny" 2011, nr 29, s. 2–3.

4 J. Leśniowska, *Problem migracji polskiej kadry medycznej*, „Polityka Społeczna" 2005, nr 4, s. 18–22.

5 P. Kaczmarczyk, *Mobilność i migracje w dobie transformacji – wyzwania metodologiczne*, Warszawa 2012, s. 48–62.

6 J. Ch. Dumont, P. Zurn, *Immigrant health workers in OECD countries in the broader context of highly skilled migration*, w: OECD, *International migration outlook*, Paris 2007, s. 210–211.

7 J. Leśniowska, *Problem migracji polskiej kadry medycznej*, dz. cyt., s. 18–22; W. Kwiatkowska, *Zmiany strukturalne na rynku pracy w Polsce*, Łódź 2007, s. 177–182.

8 Ministerstwo Zdrowia, *Migracje polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej „Monitorowanie migracji polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej" (Raport z realizacji programu w 2008 r.)*, http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=565&mx=0&ma=7876 (dostęp: 18.04.2018), s. 5.

9 H. Jędrkiewicz, *Problematyka migracji lekarzy specjalistów w wybranych czasopismach i na internetowych forach medyków*, „Problemy Higieny i Epidemiologii" 2012, nr 93 (1), s. 216–222.

10 Centralny Rejestr Lekarzy RP – zestawienie liczbowe według liczby wydanych zaświadczeń, województwa miejsca zameldowania i okresu wydania zaświadczenia, https://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0020/128531/Zestawienie-nr-05.pdf (dostęp: 15.06.2018).

11 K. Andrejuk, *Migracja lekarzy czy migracja, aby zostać lekarzem? Kraje pochodzenia i trajektorie kariery cudzoziemskiej kadry medycznej w Polsce*, „Studia Migracyjne – Przegląd Polonijny" 2015, nr 1 (155), s. 133–160.

12 P. Martin, M. Abella, E. Midgley, *Best practices to manage migration: The Philippines*, „The International Migration Review" 2004, vol. 38 (3), s. 1544–1549.

13 S.J. Ross, D. Polsky, J. Sochalski, *Nursing shortages and international nurse migration*, „International Nursing Review" 2005, vol. 52 (4), s. 253–262.

14 B. Stilwell, K. Diallo, P. Zurn i in., *Migration of health-care workers from developing countries: Strategic approaches to its management*, „Bulletin of the World Health Organization" 2004, vol. 82, s. 595–600.

15 M. Binkowska-Bury, M. Nagórska, P. Januszewicz i in., *Migracje pielęgniarek i położnych – problemy i wyzwania*, „Przegląd Medyczny UR i NIL w Warszawie" 2010, nr 4, s. 497–504.

16 M. Binkowska-Bury, M. Nagórska, P. Januszewicz i in., *Migracje pielęgniarek i położnych*, dz. cyt., s. 497–504; Z. Kawczyńska-Butrym, *Kapitał migracyjny – oczekiwania i doświadczenia*, w: *Migracja – wartość dodana?*, red. K. Markowski, Lublin 2008, s. 75–79.

17 P. Baran, *Niemiecki model polityki społecznej na tle regulacji Unii Europejskiej*, „Rocznik Integracji Europejskiej" 2012, nr 6, s. 191–201; W. Kwiatkowska, *Zmiany strukturalne na rynku pracy w Polsce*, dz. cyt., s. 177–182.

Część druga

„Stare” i „nowe” zawody medyczne – procesy adaptacji i profesjonalizacji

Włodzimierz Piątkowski

Zawód lekarza. Ewolucja problematyki w polskiej socjologii me dycyny

Cechy dobrego lekarza

W klasycznej polskiej socjologii medycyny rozważania na temat roli zawodowej lekarza zostały podjęte na początku lat 70., dyskutowano wówczas m.in. o cechach osobowych, kwalifikacjach moralnych, kompetencjach i fachowości przynależnych tej profesji. Odwoływano się przy tym do kanonów etyki i sztuki lekarskiej opisanych przez takich deontologów jak Władysław Biegański czy Ryszard Czerwiakowski[1], pokazywano normy, których realizacja mogłaby stworzyć podstawy dla moralnego autorytetu lekarzy itp.

Z badań sondażowych, jakie przeprowadzono w tym okresie, wynikało, że z osiemnastu cech mających charakteryzować ten zawód najwięcej wskazań uzyskały: odpowiedzialność, tolerancja, ambicja, rozumienie innych

i opanowanie[2]. Wyobrażenia „zwykłych ludzi” o przymiotach dobrego lekarza zazwyczaj kształtują się w wyniku bezpośrednich kontaktów podczas wizyt w placówkach służby zdrowia, rzadziej wiążą się ze znajomością z powodu pokrewieństwa lub koligacji rodzinnych.

Badacze szukali też odpowiedzi na pytanie, czy uczelnie powinny kształcić więcej lekarzy ukierunkowanych na odgrywanie ról w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej czy raczej przygotowanych do zadań realizowanych w ramach specjalistycznej medycyny klinicznej[3]. Jest to o tyle istotne dla naszych rozważań, że konfiguracja cech składających się na wyobrażenie o idealnym lekarzu ogólnym i klinicyście jest odmienna. O ile w odniesieniu do lekarzy pierwszego kontaktu preferuje się najczęściej umiejętności miękkie: zdolność rozumienia chorego, okazywanie współczucia, wysłuchiwanie opinii, zaangażowanie w proces leczenia, to w przypadku klinicysty kładzie się raczej nacisk na fachowość, kompetencje biotechniczne i instrumentalne. Przy okazji dyskusji o cechach lekarza zastanawiano się również, na czym w istocie polega specyfika wykonywania tej profesji, czym lekarz musi różnić się w swych formalnych kwalifikacjach od ekspertów w innych zawodach, tym bardziej że zdaniem wielu socjologów „technologizacja” pracy ludzkiej wymusza unifikację wymagań stawianych

wszystkim pracownikom zatrudnionym w wyspecjalizowanych gałęziach gospodarki.

Pojawiały się wówczas opinie, iż zawód lekarza musi obejmować nowe kompetencje, np. zdolność do prowadzenia badań interdyscyplinarnych, umiejętność myślenia w kategoriach holistycznych, łączenia elementów terapeutycznych z profilaktycznymi i z podejmowaniem decyzji dotyczących rehabilitacji. Zwracano także uwagę, że wizyta u lekarza, zwłaszcza gdy jej powodem jest ciężkie schorzenie o przebiegu chronicznym stwarzające zagrożenie dla zdrowia i życia, wymaga zdolności do dodawania pacjentowi otuchy, niesienia uspokojenia, podtrzymywania na duchu. W konsekwencji zakres tej roli staje się więc kombinacją elementów „technologii" i „samarytanizmu"[4].

Trzeba dodać, iż ogólnym kontekstem dla socjologicznych rozważań o czynnikach składających się na rolę zawodową lekarza były i są narastające procesy medykalizacji, powodujące, że przy coraz lepszych wskaźnikach zdrowotności coraz liczniejsze kategorie ludzi są zaniepokojone swoim samopoczuciem. Jest to skutek m.in. działań medycyny komercyjnej redefiniującej i rozszerzającej rozumienie choroby, rozmywającej kryteria diagnostyczne, niuansującej różnice pomiędzy zdrowiem i chorobą, a także zwiększającej poczucie zagrożenia rzeczywistymi lub domniemanymi czynnikami ryzyka. Uruchomienie tego typu mechanizmów wpływa na coraz

większy popyt na usługi lekarskie i coraz częstszy kontakt wciąż liczniejszej grupy osób z systemem ochrony zdrowia.

Swoistym wyzwaniem dla współczesnych lekarzy jest też rozpowszechnienie się chorób funkcjonalnych, niedających jasnych symptomów i wyraźnych wskazań diagnostycznych, przy czym na ich etiologię wpływają trudne do określenia „czynniki cywilizacyjne" oraz stany i odczucia subiektywne, co stwarza dla lekarza wyposażonego w nikłe kompetencje behawioralne dodatkowe kłopoty. W konsekwencji część pacjentów, subiektywnie uważających się za chorych, nie uzyskuje orzeczenia lekarskiego potwierdzającego zły stan zdrowia, a więc także społecznej akceptacji i aprobaty dla wyłączenia ich z pełnionych dotychczas ról. Coraz częściej też o powodzeniu terapii, zwłaszcza w chorobach psychosocjosomatycznych, chronicznych czy w stanach depresyjnych, decyduje stopień i zakres wiary i nadziei na wyleczenie odniesiony do kwalifikacji konkretnego lekarza – dopiero gdy zostaje on obdarzony możliwie wysokim zaufaniem ze strony pacjentów, proces terapeutyczny ma szansę powodzenia.

Istotą pełnienia ról zawodowych lekarzy i ich kluczowym elementem jest sztuka nawiązywania i utrzymywania optymalnych relacji z pacjentem. Od lat lista uwag krytycznych formułowanych przez pacjentów pod adresem lekarzy klinicznych jest podobna i znajdują się na niej: zbyt powierzchowny sposób przeprowadzania

badania (etap ustalenia diagnozy i wdrażania procesu terapeutycznego), nieumiejętność jednoznacznego i zrozumiałego wyjaśniania przyczyn, charakteru i rokowań, a także brak zdolności wysłuchiwania opinii chorych[5].

Z badań socjologicznych przeprowadzonych w okresie transformacji ustrojowej wynika, że tylko niewielka część spośród hospitalizowanych pacjentów była w pełni usatysfakcjonowana w kontakcie z lekarzem. Socjologowie medycyny są zgodni co do tego, że im wyższy poziom wykształcenia pacjentów, większy stopień ich „okołomedycznych" kompetencji, szersze zainteresowanie własnym zdrowiem, tym bardziej chcą oni postrzegać lekarza jako partnera i doradcę w dyskusjach nad wspólnym wyborem strategii leczenia, są także zainteresowani większym wpływem na stosowane procedury terapeutyczne oraz możliwością ich ewentualnego korygowania i modyfikowania.

Obecnie wcześniejszy dystans między lekarzem i pacjentem ulega zmniejszeniu, a pozycja chorego stopniowo się umacniania, co powoduje, że wolno, ale dostrzegalnie rośnie satysfakcja leczonych z aktywnego współuczestnictwa w terapii. Na ten obraz mają wpływ nie tylko nowe, propacjenckie przepisy przyjęte w ramach UE, ale też zmieniający się obraz chorób (rosnąca ilość schorzeń natury chronicznej, przypadłości gerontologicznych, dolegliwości będące skutkiem stresu społecznego itp.). Czy jednak wspomniany wcześniej wzrost

satysfakcji pacjenta z jakości leczenia mógłby być szybszy i pełniejszy? Z pewnością tak, ale elementem hamującym te pozytywne tendencje jest ciągle utrzymujący się biologiczno-kliniczny profil kształcenia na wydziałach lekarskich, co z kolei spycha nauki o zachowaniu na margines dydaktyki i nie pozwala szerzej włączyć bloku wiedzy o potrzebach współczesnego pacjenta do głównego nurtu nauczania studentów. A przecież tego typu kompetencje mogą i powinny zwiększyć efektywność procedur stosowanych w procesie leczenia! Dodatkowo postępująca korporacyjność i komercjalizacja medycyny klinicznej z jednej strony powodują wzmacnianie konkurencji o względy pacjenta i dążenie do zaspokojenia jego podstawowych potrzeb (i pozyskania jego pieniędzy), z drugiej zaś chory zostaje zredukowany do roli klienta, a jego kontakt z lekarzem bywa sformalizowany, realizowany w ramach sztywnych biurokratycznych procedur.

Magdalena Sokołowska: lekarz i socjolog

Problematyka określana jako „socjologia zawodów medycznych” stanowiła i stanowi rdzeń klasycznej socjologii medycyny tak w Polsce, jak i na Zachodzie. Symbolicznym przykładem może być m.in. kanoniczne opracowanie *Medical sociologists at work* (1978 r.),

w którym przedstawiono biografie wybitnych socjologów-lekarzy dokumentujące nie tylko drogi do stania się socjologiem medycyny, ale również doświadczenia zawodowe ich autorów i autorek zdobyte w kontaktach z przedstawicielami rozmaitych zawodów medycznych[6].

Poglądy Magdaleny Sokołowskiej na temat zawodów medycznych kształtowały się pod wpływem jej własnych przeżyć związanych z nauką i wykonywaniem pracy, najpierw w charakterze pielęgniarki, a potem lekarza, oraz z kontaktów z czołowymi przedstawicielami medycyny klinicznej w czasie przynajmniej czterech dekad aktywności zawodowej. Niewątpliwie duże znaczenie miały także jej własne doznania jako pacjentki w ciągu wielu lat zmagania się z ciężką i postępującą chorobą.

Analiza bibliografii prac Magdaleny Sokołowskiej z lat 60., 70. i 80. dowodzi nie tylko rozwoju jej zainteresowań taką problematyką, ale także imponującej znajomości materiałów źródłowych, z których korzystała, począwszy od *The student-physician* Roberta Mertona, George'a G. Readera i Patricii Kendall do monografii Howarda Beckera, Blanche Greer, Everetta Hughesa i Anselma Straussa *Boys in white. Student culture in medical school*. Wymienienie właśnie tych publikacji, dotyczących różnych aspektów socjalizacji do zawodu lekarza, uzasadniają uwagi i komentarze poczynione przez autorkę na marginesach obu książek, świadczące o tym, jak bardzo ich treść osobiście ją intrygowała i inspirowała. Przejmowała wtedy,

jak się wydaje, wiele elementów z zachodnich poglądów na socjologię zawodów medycznych, m.in. traktowanie medycyny jako wiedzy i systemu działań oraz dziedziny symbolizującej racjonalność i nowoczesność w podejściu do zdrowia i choroby (dominacja profesjonalna). Postrzegano tam medycynę nie tylko jako sprawnie działającą potęgę organizacyjną, ale jako symbol czystej nauki, który przez lata skutecznie eliminował lub przynajmniej marginalizował inne perspektywy w spojrzeniu na chorobę (np. lecznictwo ludowe, przekonania uzdrowicieli, zapatrywania laików na skuteczne metody leczenia siebie czy najbliższych).

Z tak interpretowanego znaczenia technologii i organizacji wynikała szczególna rola medycyny i lekarzy w życiu społecznym, polegająca na możliwości arbitralnego orzekania o tym, co jest, a co nie jest chorobą, decydowania o zwolnieniach lekarskich, zdolności do służby wojskowej, winie lub braku winy w procesach karnych, definiowania chorób psychicznych, zaburzeń mentalnych w ramach procedur medycyny sądowej itp.

Równocześnie system medyczny, wykorzystując swoją władzę i siłę ekonomiczną, był (i jest) zainteresowany ciągłym rozszerzaniem obszarów imperiów medycznych, m.in. poprzez nasilające się praktyki medykalizacji[7]. Lekarze, jako czołowi reprezentanci tego systemu, stale przejawiają tendencje do poszerzania swych kompetencji i dominacji, wykorzystując do tego celu prestiż niedostępnej dla klientów wiedzy specjalistycznej. Prowadzi

to często do uzyskiwania przez nich monopolistycznej pozycji na polu wyznaczanym przez szeroko definiowane pojęcia: choroby, chorowania, zdrowia czy profilaktyki. W efekcie coraz większe obszary życia społecznego stają się zależne od medycyny i profesji lekarskich[8]. Z drugiej strony tendencje do monopolizacji, podporządkowania i supremacji powodują, że w społeczeństwach pluralistycznych pojawiają się postulaty egzekwowania społecznej kontroli nad medycyną. Aspiracje laików (ang. *lay people*), artykułowane już od połowy lat 70. XX w., prowadziły do powstawania mniej lub bardziej radykalnych ruchów antymedycznych, inspirowały również komentarze i dyskusje o charakterze debaty publicznej na gruncie socjologii medycyny, wywołane m.in. głośnymi książkami Ivana Illicha, których ubocznym efektem były oddolne inicjatywy domagające się demedykalizacji i deprofesjonalizacji opieki zdrowotnej zgłaszane przez organizacje obywatelskie, grupy konsumenckie, ruchy samopomocowe itp.[9]

Można przyjąć, że już za życia Magdaleny Sokołowskiej socjologia zawodów medycznych dokumentowała istnienie dwóch ścierających się tendencji: z jednej strony dążenia systemu medycznego (i lekarzy) do utrzymania i rozszerzania monopolu i dominacji, z drugiej zaś – do szerszej partycypacji w procesie leczenia przez laików. Tę drugą tendencję umacniały zachodzące przemiany społeczne, przekształcenia w świadomości pacjentów,

a także wzrost zakresu wiedzy medycznej pozostającej w dyspozycji *lay people*[10].

Wczesne badania socjologiczne nad rolą zawodową lekarza

Już w końcu w lat 50. XX w. Magdalena Sokołowska odnosiła się do sygnalizowanych zagadnień, jednak nie stanowiły one głównego wątku jej rozważań; były to wówczas raczej luźne uwagi czynione przy okazji zajmowania się socjomedyczną charakterystyką pracy kobiet, problematyką choroby i rehabilitacji czy medycyny alternatywnej i komplementarnej. Pogłębienie zainteresowań socjologią zawodów medycznych datować można na lata 1962–1963, gdy w tygodniku „Służba Zdrowia” ogłoszono konkurs na pamiętniki lekarzy przemysłowych.

W tym miejscu konieczne wydaje się nakreślenie szerszego kontekstu i genezy bliższego spojrzenia na tematykę zawodów medycznych i metodologię ich badania przez twórczynię polskiej socjologii medycyny. W klasycznej socjologii ranga materiałów uzyskiwanych w wyniku rozmaitych konkursów adresowanych do rożnych grup społecznych była zawsze bardzo wysoka, a dokumenty osobiste (ich gromadzenie i interpretacje) traktowano jako

symbol tzw. polskiej metody, zapoczątkowanej przez słynne dzieło Williama I. Thomasa i Floriana Znanieckiego[11].

Pierwsza tego typu inicjatywa z 1938 r. – konkurs na pamiętniki lekarzy ogłoszony przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych – przyniosła unikalny zbiór wspomnień dotyczących roli społecznej lekarza w II Rzeczpospolitej, zaś wyniki konkursu z 1958 r., ogłoszonego przez „Służbę Zdrowia", ukazując losy zawodowe lekarzy po II wojnie światowej, pozwoliły poznać także ogólny obraz przekształceń tej profesji w kontekście radykalnych przemian zachodzących po 1945 r.[12]

Autorka recenzji tego opracowania Stefania Dzięcielska-Machnikowska (jak sama się określała „socjolog interesujący się socjologią zawodów medycznych") podkreślała, że tego typu pamiętniki „są dla socjologa źródłem inspiracji w formułowaniu tez, hipotez tematów badawczych"[13]. Jej zdaniem przemiany roli społecznej lekarza w okresie powojennym charakteryzowały się m.in. utratą wysokiego prestiżu i pozycji materialnej w stosunku do tych posiadanych przed 1939 r. oraz rozczarowaniem, dezaprobatą i frustracją przedstawicieli tego zawodu spowodowaną rozbieżnością pomiędzy niskim statusem ekonomicznym i malejącym poważaniem społecznym a tradycyjnie wysokimi aspiracjami lekarzy. Wskazując przyczyny wzrostu społecznej dezaprobaty wobec aktualnej pozycji swojego zawodu, autorzy pamiętników wymieniali np. eliminację praktyki prywatnej i zmuszenie prawie

wszystkich lekarzy do pracy w uspołecznionej służbie zdrowia, co miało obniżać ich status materialny i powodować lekceważenie ze strony pacjentów. Lekarze w swoich pamiętnikach opisywali także problemy związane z dysfunkcjonalnością i patologiami ówczesnej służby zdrowia, ukazując m.in. niedostateczny poziom wykształcenia średniego personelu medycznego, nadmiar obowiązków biurokratycznych, ciągle zmiany przepisów administracyjnych dotyczących zwolnień lekarskich, braki w wyposażeniu w sprzęt diagnostyczny itp. Lekarze we wspomnieniach przyznawali także, że niekorzystne okoliczności zmuszają ich niekiedy do zachowań nieetycznych, pogłębiających społeczną dezaprobatę. Publikacja *Pamiętników lekarzy* (1964 r.) wywołała szeroką dyskusję oraz zwróciła uwagę na opinie o przedstawicielach tego zawodu rozpowszechnione w ówczesnym społeczeństwie socjalistycznym. Książka stała się też jednym z punktów odniesienia dla Magdaleny Sokołowskiej w pracach nad współredagowaną przez nią monografią *Lekarze przemysłowi*.

Wzrost zainteresowania opiniami społecznymi na temat idei zawodu lekarza i jego zakresu znalazł odbicie w prowadzonych wówczas badaniach ankietowych. Wspomnieć tu należy np. sondaż z przełomu lat 60. i 70., który wykazał, że Polacy w znacznym stopniu aprobowali uzyskiwanie przez lekarzy dodatkowych, nieformalnych gratyfikacji (prezentów czy nawet świadczeń finansowych),

wręczanych przez pacjentów w nadziei, że taki rodzaj zachęt zagwarantuje im dobrą jakość leczenia i satysfakcjonujące warunki pobytu w szpitalu[14]. Wyniki ówczesnych badań sondażowych wskazywały również, że wyższy poziom wykształcenia respondenta wpływał na niższą tolerancję dla uzyskiwania przez lekarza „nieoficjalnych, dodatkowych świadczeń", równocześnie badani o akademickim wykształceniu deklarowali wyraźnie wyższe oczekiwania dotyczące fachowych kwalifikacji lekarzy. Z kolei osoby o niższym statusie oczekiwały przede wszystkim szybkiej, taniej i skutecznej pomocy w chorobie, nie mając szczególnych wymagań dotyczących np. życzliwej atmosfery podczas hospitalizacji, udzielania przez lekarza wsparcia czy dodawania otuchy w trakcie procesu leczenia[15].

Oprócz wspomnianych analiz dokumentów osobistych i wyników przeprowadzonych sondaży dotyczących roli społecznej lekarza Magdalena Sokołowska odwoływała się do badań socjologicznych na temat lekarza w systemie społecznym kliniki[16]. Celem takich badań, jak pisał Jan Szczepański, było „zwrócenie uwagi lekarza na czynniki społeczne, które mogą podnieść skuteczność jego zabiegów leczniczych (…) wskazując czynniki, które należy (…) eliminować ze środowiska życia i pracy, aby uchronić przed zapadnięciem w chorobę"[17].

Równocześnie autor przedmowy do książki Heleny Csorby *Szpital – pacjent. System społeczny kliniki*

internistycznej zwracał uwagę, że system kształcenia lekarzy daje przede wszystkim kompetencje w obszarze biomedycznym, co powoduje, że nie chcą oni lub nie potrafią skutecznie rozwiązywać „spraw ludzkich", gdy tymczasem sytuacja społeczna pacjenta i jego stany psychiczne wpływają na szybkość i skuteczność leczenia. Jan Szczepański podkreślał, że „jest rzeczą ważną dla lekarza, aby spojrzał na chorego, nie jako na «przypadek» choroby, lecz jako na człowieka związanego z określonym środowiskiem społecznym, a zatem myślącym reagującym w kategoriach tego środowiska"[18]. Propagator polskiej socjologii medycyny i jeden z mentorów naukowych Magdaleny Sokołowskiej wskazywał także, iż socjologia: „Lekarzom (…) pokazuje złożoność zjawisk społecznych i kulturowych, wyznaczających wyniki ich zabiegów, pokazuje, w jakim układzie społecznym działają i jak funkcjonuje szpital jako układ społeczny. Pokazuje także ich samych w oczach pacjentów, ich własne odbicie w oczach ludzi chorych"[19].

Nakreślając ten nieco szerszy kontekst, w jakim formowały się poglądy Magdaleny Sokołowskiej dotyczące socjologii zawodów medycznych, należy raz jeszcze podkreślić, że to właśnie w tych realiach twórczyni polskiej socjologii medycyny rozpoczęła w początku lat 60., wspólnie z Brunonem Nowakowskim i Adamem Sarapatą, zbieranie i opracowywanie wspomnień lekarzy przemysłowych.

Mimo że współredagowana przez Magdalenę Sokołowską monografia *Lekarze przemysłowi* była pierwszą publikacją jednoznacznie ukierunkowaną i poświęconą zawodom medycznym, rekonstruując jej poglądy, warto przedstawić także inne prace dotyczące zawodu lekarza. Badaczka podjęła przykładowo zadanie syntetycznego przedstawienia generalnego obrazu zawodu lekarza[20]. Wychodząc od definicji pojęcia zawodu jako systemu czynności i prac o wewnętrznie spójnym charakterze i odwołując się do koncepcji Jana Szczepańskiego dotyczącej znaczenia struktury systemu czynności składających się na poszczególne zawody, Magdalena Sokołowska wskazywała, że profesja lekarza obejmuje bardzo wiele złożonych i zróżnicowanych czynności, takich jak diagnostyka, terapia, rehabilitacja, organizacja i zarządzanie służbą zdrowia, prace naukowe i dydaktyczne, medycyna rodzinna, sądowa, medycyna pracy itp. Podkreślała przy tym, że „zawód lekarza **nie ma** [wyróżnienie W.P.] jeszcze studiów monograficznych, szczegółowo opisujących poszczególne czynności składające się na ten zawód, analizujących ich wzajemne przyporządkowanie”[21].

Wyróżniając jako podstawowe kryteria analizy roli społecznej lekarza działy współczesnej medycyny nastawione na zapobieganie, leczenie i rehabilitację, autorka zwracała uwagę, że w literaturze światowej najwięcej opracowań poświęconych jest właśnie leczeniu,

temu, co daje lekarzom wysoki prestiż, władzę i dochody. Zauważała przy tym, że dominacja zadań terapeutycznych w zawodzie lekarza musi maleć pod wpływem stopniowego wzrostu społecznego nacisku na ich udział także w programach profilaktycznych i prozdrowotnych, spowodowanego zasadniczą zmianą w podejściu do medycyny. Według niej realizowanie przez przedstawicieli tego zawodu celów prozdrowotnych było możliwe tylko w ustroju socjalistycznym, w ramach powszechnej ochrony zdrowia, dzięki współdziałaniu specjalistów medycyny zapobiegawczej, środowiskowej oraz medycyny pracy. Jej zdaniem oczekiwania i potrzeby społeczne ewoluują w kierunku „medycyny zdrowego człowieka”, co wyznacza nowe role i zadania dla lekarzy socjalistycznej służby zdrowia, której użytkownikami mają być nie tylko pacjenci, ale też ludzie zdrowi.

Magdalena Sokołowska pisała: „Za «zdrowego» uważam człowieka, który zachowuje się «normalnie» pod względem społecznym: nie opuszcza pracy z powodu choroby, nie zaburza życia swojej rodziny z powodu swych dolegliwości somatycznych czy psychicznych, nie przebywa w szpitalu, itd.”[22]. Realizacja tych nowych zadań wymagała jej zdaniem stworzenia przez system ochrony zdrowia roli lekarza profilaktyka, do którego zadań miałyby należeć szybkie stawianie diagnozy, zwłaszcza w sytuacjach zagrożenia zdrowia, oraz przekazywanie fachowych informacji o potencjalnych czynnikach ryzyka i wskazówek

co do prowadzenia prozdrowotnego stylu życia, obejmujących np. eliminację palenia, aktywny tryb życia, optymalną dietę itp.

Innym nowym elementem roli zawodowej lekarza miały być, według badaczki, kompetencje w zakresie rehabilitacji, umożliwiające osobom po poważnych interwencjach medycznych powrót do czynnego życia społecznego oraz gwarantujące pomoc w adaptacji, integracji i stymulacji aktywności społecznej osób niepełnosprawnych. Ważne były także kompetencje socjopsychologiczne lekarzy, przydatne szczególnie w terapii zaburzeń zdrowia z komponentą psychospołeczną (starość, inwalidztwo, choroby przewlekle, stany terminalne). W jej opinii lekarz powinien sprostać nowym oczekiwaniom społecznym w tym zakresie i być: „wyspecjalizowanym pocieszycielem i obrońcą cierpiącego człowieka w społeczeństwie (…), ekspertem w ogólnych sprawach życiowych, doradcą moralnym”[23]. Magdalena Sokołowska wskazywała, że kolejny, nieznany dotąd problem stający przed lekarzami stanowi rosnąca powszechność i popularność samolecznictwa, a w konsekwencji także unikanie kontaktów z medycyną profesjonalną. W tej sytuacji lekarz powinien posiadać umiejętność reagowania, gdy ludzie, wierząc w swe medyczne kompetencje, zaczynają leczyć się sami, co powinno zachęcić medyków do zdobywania wiedzy na temat różnorodnych przyczyn (socjokulturowych, osobowościowych itp.) takiego stanu rzeczy.

Podsumowując te ogólne rozważania na temat roli społecznej i zawodowej lekarza, Magdalena Sokołowska określała poruszane w nich problemy jako w większości uniwersalne. Zauważała przy tym, że niektóre cechy ustroju socjalistycznego oraz planowy i skoordynowany rozwój życia społecznego stwarzają specyficzny kontekst, w jakim lekarz wykonuje swój zawód, co może ułatwić wdrażanie absolwentów uczelni medycznych do nowych obowiązków, np. za pomocą centralnie ustalonych programów studiów, i tworzyć priorytety przykładowo dla zadań z zakresu higieny społecznej umożliwiających i ułatwiających profilaktykę[24].

Ważną rolę w rozwoju naukowym Magdaleny Sokołowskiej odegrał profesor Adam Podgórecki. Przypomnijmy tu tylko, że opisywała ona twórcę socjotechniki jako jedną z osób, od których uczyła się socjologii[25], był też uczonym, który (obok Jana Szczepańskiego, Stefana Nowaka czy Adama Sarapaty) sprawił, że przestała czuć się „ciałem obcym" w socjologii[26]. Z oczywistych względów pominięte zostanie tu omówienie przedmiotu socjotechniki, której twórca wprowadził ją, w dużej mierze samodzielnie, do socjologii światowej, ponieważ jej kształt w wersji Adama Podgóreckiego stanowi tylko tło charakteryzowania przez Sokołowską „orientacji zawodowych lekarzy"[27].

Stawiając sobie za zadanie ułatwienie politykom społecznym i socjologom podejmowanie prac badawczych

i działań praktycznych związanych z systemem medycznym, Magdalena Sokołowska wskazywała, że podstawową trudnością w badaniach medycyny przez nauki społeczne jest często nadmierne identyfikowanie się przez ich przedstawicieli z celami lekarzy; socjologowie tracą przy tym swą niezależność i obiektywizm, stając się jedynie biernymi pomocnikami medyków[28].

Autorka pisała m.in.: „Charakterystyczne jest, że badacze zawodu lekarza przyswajają sobie lekarski sposób traktowania tego zawodu i koncentrują się na kwestiach uważanych za «problem» przez lekarzy”[29]. Powodowało to, jej zdaniem, ograniczenie ich własnych, społecznych priorytetów; za jedno z podstawowych zadań socjologów w takich badaniach uważała bowiem rozwijanie własnej pozycji analitycznej, umożliwiającej ukazanie medykom innej, odmiennej od ich własnego spojrzenia, perspektywy. Wskazując na te trudności, Magdalena Sokołowska dostrzegała jednocześnie istnienie deficytu opracowań socjologicznych dotyczących roli zawodowej lekarza, stwierdzając m.in.: „Interesujące jest porównanie liczby publikacji na temat choroby z liczbą publikacji na temat lekarzy: uderzające jak wielu autorów zajmuje się «laikiem», a jak mało lekarzem”[30].

Przechodząc do charakterystyki roli zawodowej lekarzy, wyróżniła dwie „orientacje profesjonalne”. Pierwszą stanowi tradycyjna, wyuczona w procesie kształcenia „orientacja indywidualna”, ukierunkowana na pojedynczego

człowieka, z jego chorobą i dolegliwościami, będąca rodzajem „ideologicznego indywidualizmu lekarskiego”[31]. Zdaniem autorki orientacja ta, wzmocniona aprobatą społeczną i uznaniem, daje lekarzom nie tylko wysokie miejsce w hierarchii prestiżu, ale też niekontrolowaną władzę i uprawnienia w zakresie leczenia, nauczania, dydaktyki i „psychotechniki” polegającej na „umiejętności przekonania jednostki, że dla zachowania lub odzyskania zdrowia powinna zmienić swój tryb życia”[32].

Drugą jest „orientacja grupowa”, nietypowa i trudna do przyswojenia, nie posiada ona bowiem tradycji w klasycznej medycynie. Ten rodzaj podejścia wymuszany jest jednak przez rozwój medycyny społecznej i środowiskowej, podyktowany zmianami zachodzącymi w obrazie współczesnych chorób. Jak pisała Magdalena Sokołowska: „W odróżnieniu od tradycyjnej medycyny klinicznej tradycyjna medycyna społeczna bada człowieka nie jako wyizolowaną jednostkę, lecz jako jednostkę w więzi ze środowiskiem (…). Środowisko, w jakim znajduje się jednostka, to głównie środowisko naturalne”[33]. Przyjmujący taką perspektywę lekarz powinien interesować się znaczeniem czynników społeczno-kulturowych i ich wpływem na zdrowie; rozszerzaniu kompetencji w tym zakresie służyć ma realizacja postulatu prowadzenia badań socjoetiologicznych, dowodzących pośredniego lub bezpośredniego związku czynników społecznych ze zdrowiem i chorobą. Zasadniczym zadaniem lekarzy w tym

kontekście jest „Proces zmiany sposobu myślenia – przechodzenie z orientacji jednostkowej na orientację grupową”[34]. Autorka podkreślała, że ten proces reorientacji myślenia jest równocześnie trudny i nieodzowny. Orientację grupową początkowo przyjmowali higieniści społeczni i specjaliści zdrowia publicznego, jednak, jak zauważała badaczka, wymogi współczesności zmusiły lekarzy do coraz częstszego i szybszego wdrażania tego podejścia, które w przyszłości stworzy podstawy jakościowo innej medycyny, ukierunkowanej na pomoc w zachowaniu i utrzymaniu zdrowia[35].

Lekarze przemysłowi – charakter i specyfika zawodu

Jak już wcześniej wspomniano, w 1962 r. na łamach tygodnika „Służba Zdrowia” ogłoszony został z inicjatywy Zakładu Socjologii Pracy Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, w którym Magdalena Sokołowska zatrudniona była w tym czasie na stanowisku adiunkta, konkurs na pamiętniki (wspomnienia) lekarzy przemysłowych. Celem konkursu były poznanie i opis ról społecznych i zawodowych respondentów przedstawicieli tej najmłodszej wówczas dyscypliny medycznej[36]. Oczekiwano również, że zgromadzony materiał dostarczy wiedzy na temat warunków pracy tej grupy lekarzy, ukaże problemy, z jakimi

się spotykają w zakładach pracy, a także ich sukcesy i pozwoli na pewien rodzaj diagnozy społecznej środowiska.

W odpowiedzi na konkurs do redakcji wpłynęło 76 prac. Autorzy 70 z nich byli lekarzami, co stanowiło 1,6% ogółu lekarzy pracujących w przemyśle w 1962 r. Ostatecznie komisja konkursowa zakwalifikowała do druku 31 prac, kierując się kryteriami formalnymi i preferencjami dotyczącymi dokładności i wielostronności relacji na temat funkcjonowania zakładowej służby zdrowia, realizowanych przez nią zadań, głównych barier, na jakie napotyka lekarz, propozycji ich eliminacji, relacji lekarzy z robotnikami, personelem administracyjnym, w tym z dyrekcją, aktywem związkowym i aparatem partyjnym. Zbiór wypowiedzi posegregowano według kryterium chronologicznego, pozwalającego na ujęcie interesującej problematyki w kilku okresach: w latach 1945–1950, 1951–1957 i po 1957 r.

Ten ciekawy dla badacza społecznego zbiór dokumentów osobistych pokazał zmiany poszczególnych składników roli zawodowej lekarza przemysłowego: od początkowej frustracji związanej z obowiązkiem pracy ,,z przydziału”, rozbieżności i konfliktów pomiędzy wymogami produkcji (planu) a zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy, brakiem możliwości awansu zawodowego (niemożnością robienia specjalizacji), do powolnej poprawy warunków wykonywania obowiązków służbowych i częściowej stabilizacji. Uzyskane wyniki wskazywały, że dla większości lekarzy przemysłowych z badanej grupy

podstawowy punkt odniesienia przy ocenie własnej sytuacji stanowiły warunki pracy i płacy ich kolegów zatrudnionych w szpitalach i klinikach. Jednocześnie ogólnosocjologiczne tło pracy zawodowej tej grupy tworzyły ówczesne procesy intensywnej industrializacji, zetknięcie się z pierwszym pokoleniem tzw. chłoporobotników, nadmierna biurokratyzacja procesów produkcji, deficyty surowcowe skutkujące brakiem rytmiczności wytwarzania, fluktuacja załogi czy zjawiska patologii społecznych (alkoholizm, bumelanctwo). Do zasadniczych problemów sygnalizowanych przez autorów pamiętników należały także trudności z wdrażaniem programów profilaktycznych (prewencji nie uczono wówczas na wydziałach lekarskich), nieufność załogi, niechęć władz administracyjnych itp.[37]

Jedną z podstawowych kategorii analitycznych stosowanych do opisu pełnionych przez lekarzy ról społecznych i zawodowych jest pojęcie pozycji. Współredaktor tomu Adam Sarapata podkreślał specyfikę charakteru pracy lekarza, na którą składają się m.in.: trudność i długotrwałość fachowej, specjalistycznej edukacji, konieczność ciągłego doskonalenia umiejętności teoretycznych i praktycznych, wysoki poziom społecznej odpowiedzialności czy konieczność dyspozycyjności i ofiarności w ratowaniu życia. Autor wskazywał jednocześnie, że wyniki ogólnopolskich badań prestiżu zawodów klasyfikują zawód lekarza na bardzo wysokich pozycjach (pierwsza lub druga pozycja na kilkadziesiąt

rangowanych profesji)[38]. Zawód lekarza plasował się na najwyższych pozycjach drabiny należnych zarobków przy dokonywaniu oceny jego prestiżu społecznego według kryterium tzw. słusznej płacy.

Ogólne wyniki ówczesnych badań nad stratyfikacją i ruchliwością społeczną wskazywały równocześnie, że w społeczeństwie socjalistycznym rola społeczna lekarza uległa częściowej zmianie i dekompozycji. Dotyczyło to utraty statusu wolnego zawodu, pogorszenia standardu materialnego, większego obciążenia pracą administracyjną i podporządkowania się wymogom państwowego pracodawcy. Wszystkie te zmiany wywoływały w świadomości lekarzy poczucie krzywdy, deprecjacji ich prestiżu, ograniczenia autorytetu. W badaniach sondażowych lekarzy warszawskich z 1959 r. aż 74% z nich było zdania, że obecnie ten zawód nie cieszy się należytym szacunkiem[39].

Na tym ogólnym tle praca Brunona Nowakowskiego, Magdaleny Sokołowskiej i Adama Sarapaty nakreśliła obraz najmłodszej specjalizacji medycznej – lekarza przemysłowego. Szczególna rola i zadania lekarzy w przemyśle państwowym wynikały z założeń ustroju socjalistycznego, w myśl których lepsze warunki pracy stworzone załogom miały gwarantować korzystniejsze wskaźniki jakości i wydajności pracy. Opracowując zebrane materiały pamiętnikarskie, zespół badawczy poddał analizie główny wyznacznik pozycji społecznej (kwalifikacje),

w wyniku czego ustalono, że brak profesjonalnego przygotowania na studiach do roli lekarza przemysłowego determinuje niską pozycję tej specjalizacji lekarskiej[40].

Innym elementem wyznaczającym charakter tego zawodu okazały się złe stosunki z dyrekcją zakładu przemysłowego oraz z centralną administracją służby zdrowia, a także z innymi lekarzami. Oś wewnątrzzakładowych konfliktów stanowiła w ówczesnych warunkach różnica między wyśrubowanymi planami i wielkością produkcji a kosztami zdrowotnymi, jakie realnie ponosiła załoga. Lekarze przemysłowi byli postrzegani jako grupa blokująca produkcję, a w efekcie – system premii, nagród i awansów. Jak pisał Adam Sarapata: „Lekarz zwalniający ludzi z pracy, zmieniający im pracę, znajdujący niedociągnięcia natury sanitarno-higienicznej, stawał się człowiekiem (…) nie tylko niepotrzebnym, lecz wręcz niebezpiecznym”[41].

Obok konfliktu na linii produkcja – zdrowie lekarze borykali się z nadmiarem biurokracji i zbędnej sprawozdawczości. Traktowano ich jako urzędników do spraw sanitarnych, a wydawane przez nich zalecenia, nakazy i zakazy praktycznie nie posiadały żadnej mocy formalnej i najczęściej były ignorowane. Konflikty lekarzy przemysłowych z załogą po części wynikały też z faktu, że dla znacznej grupy robotników praca w warunkach szkodliwych dla zdrowia była ze względów materialnych (specjalne dodatki) ważniejsza niż własne zdrowie.

Opisywane przez autorów pamiętników napięcia w relacjach z innymi lekarzami (pracującymi w centralnej administracji służby zdrowia, specjalistami klinicznymi, władzami Ministerstwa Zdrowia) spowodowane były głównie niskim uposażeniem lekarzy przemysłowych, bowiem ówczesne Ministerstwo Przemysłu lepiej opłacało majstrów i inżynierów niż własny resort lekarzy zakładowych[42]. Podsumowując ogólną wartość zbioru dokumentów zebranych w wyniku konkursu, pisano: „Materiały konkursowe są kopalnią wiedzy. O samych lekarzach przemysłowych i o ich pacjentach, o życiu załogi i procesach industrializacji (…). Dostarczają wiedzy o rzeczywistości”[43].

Magdalena Sokołowska ze swej strony podkreślała: „Lekarz przemysłowy jest bogatym źródłem informacji o stosunkach między ludźmi w przedsiębiorstwie, o poszczególnych pracownikach obserwowanych w różnych sytuacjach, w okresach zdrowia i w okresach złej kondycji fizycznej. Lekarz widzi zakład od innej strony, z wyjątkowej pozycji, umożliwiającej interwencję i jedyną w swoim rodzaju scenerię zjawisk i procesów społecznych”[44]. Próbując porównać rolę zawodową lekarza i socjologa w przemyśle, współredaktorka *Lekarzy przemysłowych* zwracała uwagę: „Lekarz profilaktyk upodabnia się do socjologa: staje się specjalistą od spraw grupy ludzkiej, od terapii masowej. Ale socjolog zna możliwości i zakres praktycznego oddziaływania wyników swej działalności

i wie, że w warunkach społecznych nie liczy się na natychmiastowe efekty (…). Lekarz natomiast mierzy skuteczność swej pracy głównie wynikami bezpośrednimi i łatwo uchwytnymi”[45]. Pisała także: „Warsztat i metody pracy lekarza przemysłowego – przedstawiciela najmłodszej specjalności medycznej – różnią go znacznie od warsztatu i metod pracy innych lekarzy, a pod pewnymi względami zbliżają do socjologów”[46].

Prace nad zebraniem, opracowaniem i interpretacją unikalnego zbioru dokumentów autorstwa lekarzy przemysłowych udokumentowały i udowodniły skądinąd oczywistą prawdę, że: „Czynniki medyczne są dobrymi wskaźnikami zjawisk i procesów społecznych, a czynniki społeczne ważnymi wyznacznikami zdrowia i choroby”[47]. Magdalena Sokołowska wierzyła, że w przyszłości zbieżność interesów zawodów lekarza i socjologa w przemyśle będzie jeszcze większa, obiektywnie narasta bowiem liczba problemów wspólnych dla obu profesji, jak zagadnienia starzenia się załóg pracowniczych, pracy kobiet, wypadkowości czy chorób psychosomatycznych[48].

Przyszłość socjologii zawodów medycznych – prognozy Magdaleny Sokołowskiej

Podsumowując, można stwierdzić, że tworząc w latach 60. i 70. XX w. podstawy socjologii zawodów medycznych, Magdalena Sokołowska, z racji swoich osobistych doświadczeń, koncentrowała się głównie na zawodzie lekarza. Badała i komentowała wyniki ogólnopolskiego konkursu adresowanego do lekarzy przemysłowych – była to pierwsza w historii polskiej socjologii analiza pozycji społecznej tej specjalności medycznej. Magdalena Sokołowska inspirowała, wspierała i recenzowała także w tym okresie inne badania nad zawodem lekarza, dotyczące m.in. zastosowania teorii motywacji w opisie roli zawodowej ftyzjatrów, poziomu absencji chorobowej lekarek w powiązaniu z ich miejscem zatrudnienia i stanem cywilnym, socjalizacji do roli społecznej lekarza, mechanizmów zatrudnienia i stabilizacji lekarzy wiejskich czy roli zawodowej lekarza rejonowej służby zdrowia[49].

Opisując stan badań nad socjologią zawodów medycznych, Magdalena Sokołowska podkreślała, że „problematyka ta jest zaawansowanym już fragmentem wiedzy socjologicznej w Polsce i tworzy określoną grupę roboczą w ramach Sekcji Socjologii Medycyny Polskiego Towarzystwa Socjologicznego”[50]. Podsumowując kilkunastoletni okres rozwoju wiedzy socjologicznej w tej dziedzinie, stwierdzała przy tym: „Charakterystyczny dla tego okresu jest m.in. fakt, że autorzy zajmowali się wyłącznie lekarzami, a znacznie mniej pielęgniarkami (prace na temat pielęgniarstwa pochodzą głównie z ośrodka

lubelskiego), że brak jest prac poświęconych innym zawodom medycznym, np. laborantom medycznym, (…) sanitariuszom, salowym”[51]. Wskazywała ponadto, że w podejściach badawczych na gruncie tej problematyki dominuje ukierunkowanie na analizy oczekiwań, postaw i aspiracji, a więc indywidualnych cech badanych osób. Postulowała, by w przyszłych projektach funkcjonowanie poszczególnych zawodów medycznych rozpatrywano z szerszej perspektywy, w tym w kontekście instytucji i systemów organizacyjnych, w jakich funkcjonują przedstawiciele najważniejszych profesji medycznych (lekarze i pielęgniarki)[52].

Zwracała też uwagę, że w opinii samych lekarzy socjologiczne badania nad ich zawodem mają wartość szczególną, bowiem ukazują spojrzenie z zewnątrz, obiektywnego, bezstronnego i czasem krytycznego obserwatora. Uważała, że to właśnie takie podejścia do socjologii zawodu lekarza będą wyznaczały standardy późniejszych badań europejskich (w tym polskich)[53].

Magdalena Sokołowska była zdania, że przyszłość badań nad profesją lekarza powinny określać szczegółowe analizy czynności składających się na tę rolę zawodową oraz interpretacja zależności zachodzących między nimi, a także opisy modelu struktury tych czynności. W przyszłości badania roli społecznej i zawodowej lekarza powinny być prowadzone w szerokim kontekście przemian makrospołecznych, z jednej strony podważających

„dominację profesjonalną” tego zawodu, z drugiej zaś dających lekarzom nowe możliwości i perspektywy poprzez wkraczanie nowoczesnej medycyny na obszar szeroko rozumianego zdrowia i profilaktyki, takie podejście jest bowiem oczekiwane przez coraz lepiej wykształconych i świadomych własnych potrzeb odbiorców świadczeń medycznych[54].

Role of the physician. Evolution of problems in Polish medical sociology

Summary

The present text seeks to show the evolution of issues termed as the “sociology of the medical profession” in the Polish classical medical sociology from earlier analyses in the 1960’s to the studies in the 1980’s. The chronological limit set here corresponds to the death of the founder of Polish medical sociology, Magdalena Sokołowska († April 1989). The issues pertaining to the sociology of medical professions, including the studies on the profession of the physician, should be regarded as belonging to the mainstream of sociological research in Poland. Studies of that kind in the period in question showed both permanent and invariable elements in the fulfilment of professional roles by physicians, and they also signalled the appearance of the new content that made up the instrumental and expressive functions in the activities undertaken by the then-representatives of the profession. The figure of Magdalena Sokołowska (nurse, physician, and sociologist) shows a significant evolution in the professional roles: “from medicine to sociology”. The text describes in chronological order the research experiences gradually acquired by the founder of Polish medical

sociology, from her studies on the interpretation of competition materials obtained from the implementation of the project “Industrial Physicians” (1962–1966) to later discussions on the dysfunction of medical professions described in the last monographs by Sokołowska (1980, 1986). We compare Magdalena Sokołowska’s research views with the specific historical context provided by the publications by other sociologists who researched medical professions at the time (Krzysztof Hirszel, Marek Latoszek, Stanislaw Kosiliski, Helena Csorba, Antonina Ostrowska, Adam Sarapata, Mirona Ogryzko-Wiewiórowska and others).

Keywords: Polish medical sociology, professional role of the physician, “sociology of medical sociology”

PROF. UMCS, DR HAB. WŁODZIMIERZ PIĄTKOWSKI –
Zakład Socjologii Zdrowia, Medycyny i Rodziny, Instytut Socjologii, Uniwersytet im. Marii Curie-Skłodowskiej; Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

---

1 A. Tulczyński, *Poglądy studentów I roku Akademii Medycznej na cechy wzorca osobowego lekarza praktyka*, w: *Socjologia a zdrowie*, red. M. Sokołowska, J. Hołówka, A. Ostrowska, Warszawa 1976, s. 514.

2 M. Latosińska, *Kształtowanie się wyobrażeń o zawodzie lekarza u studentów medycyny*, w: *Socjologia a zdrowie*, dz. cyt., s. 521.

3 Tamże.

4 M. Sokołowska, *Granice medycyny*, Warszawa 1980, s. 130.

5 A. Ostrowska, *Rola lekarza i pacjenta: zmiany w scenariuszu*, „Studia Socjologiczne” 1981, nr 3 (82), s. 69.

6 *Medical sociologists at work*, eds. R.H. Elling, M. Sokołowska, New Brunswick 1978.

7 E. Mumford, *Medical sociology. Patients, providers and policies*, New York 1983, s. 334–341.
8 I. Crinson, *The Health Professions*, w: *Sociology as applied to medicine*, eds. D.L. Patrick, G. Scambler, London 1982, s. 214–215. Zob. też: E. Freidson, *Profession of medicine*, New York 1970.
9 W.C. Cockerham, *Medical sociology*, Upper Saddle River 1998, s. 211–213.
10 E. Riska, *Health professions and occupations*, w: *The new Blackwell companion to medical sociology*, ed. W.C. Cockerham, Chichester 2010, s. 337–338.
11 M. Sokołowska, *My path to medical sociology*, w: *Medical sociologists at work*, dz. cyt., s. 299.
12 S. Dziecielska-Machnikowska (rec.), *Pamiętniki lekarzy, Warszawa, 1964, Czytelnik, s. 1030*, „Studia Socjologiczne" 1965, nr 4, s. 297–300.
13 J. Kurczewski, J. Solarz, *Zawód lekarza w opinii publicznej*, Warszawa 1972, s. 32.
14 J. Kurczewski, J. Solarz, *Zawód lekarza w opinii publicznej*, dz. cyt., s. 33.
15 Tamże.
16 J. Szczepański, *Przedmowa*, w: H. Csorba, *Szpital – pacjent. System społeczny kliniki internistycznej*, Wrocław–Warszawa–Kraków 1966, s. 5–6.
17 Tamże, s. 5.
18 J. Szczepański, *Przedmowa*, dz. cyt., s. 6.
19 Tamże, s. 7.
20 M. Sokołowska, *Zawód i rola lekarza w społeczeństwie socjalistycznym*, w: *Teoria i badania socjologiczne a praktyka społeczna*, red. A. Kwilecki, Warszawa 1972.
21 Tamże, s. 332.
22 Tamże, s. 335.
23 Tamże, s. 340.
24 Tamże, s. 351.
25 M. Sokołowska, *My path to medical sociology*, dz. cyt., s. 298.
26 Taż, *Lekarz przemysłowy*, w: *Socjologia zawodów*, red. A. Sarapata, Warszawa 1965, s. 538–539.
27 Taż, *Dwa style polityki zdrowotnej (charakterystyka podstawowych typów orientacji lekarzy)*, w: *Socjotechnika, Style działania*, red. A. Podgórecki, Warszawa 1972, s. 303–326.

28 Tamże, s. 303.
29 Tamże, s. 305.
30 Tamże.
31 Tamże, s. 308
32 Tamże, s. 317.
33 Tamże, s. 319.
34 Tamże, s. 320.
35 Tamże, s. 323.
36 A. Pilinow (rec.), *Lekarze przemysłowi. Wybór prac lekarzy przemysłowych, pod redakcją Brunona Nowakowskiego, Magdaleny Sokołowskiej, Adama Sarapaty. Zakład im. Ossolińskich, Wrocław, Warszawa, Kraków, 1965*, „Studia Socjologiczne" 1967, nr 2, s. 308.
37 Tamże, s. 310.
38 A. Sarapata, *O pozycji lekarza*, w: *Lekarze przemysłowi. Wybór prac lekarzy przemysłowych*, red. B. Nowakowski, M. Sokołowska, A. Sarapata, Wrocław–Warszawa–Kraków 1966, s. 43.
39 Tamże, s. 45.
40 Tamże, s. 46
41 Tamże, s. 47.
42 Tamże, s. 51.
43 Tamże, s. 52.
44 M. Sokołowska, *Socjomedyczne problemy zakładu przemysłowego*, „Kultura i Społeczeństwo" 1963, t. VII (2), s. 131–132.
45 Tamże, s. 140.
46 M. Sokołowska, *Lekarz przemysłowy*, dz. cyt., s. 539.
47 Taż, *Socjomedyczne problemy zakładu przemysłowego*, dz. cyt., s. 147. Zob. też: tejże, *Zdrowie jako wyznacznik społecznej funkcji przedsiębiorstwa socjalistycznego*, w: *Lekarze przemysłowi*, dz. cyt., s. 34–35.
48 M. Sokołowska, *Lekarz przemysłowy*, dz. cyt., s. 539.
49 K. Hirszel, *Próba zastosowania teorii motywacji w badaniach nad zawodem lekarza ftyzjatry*, „Studia Socjologiczne" 1969, t. 3 (34); B. Tobiasz-Adamczyk, Z. Kabat, G. Gaweł, *Stan cywilny pielęgniarek i lekarek a miejsce zatrudnienia oraz poziom absencji w pracy*, „Problemy Rodziny" 1984, nr 6; M. Latoszek, *Selekcja i rekrutacja na studia medyczne a przygotowanie do roli lekarza*, w: *Socjologia zawodów medycznych. Wybór problematyki*, red. M. Sokołowska, S.

Kosiński, Warszawa 1978; Z. Butrym, *Mechanizmy zatrudniania i stabilizacji lekarzy wiejskich*, niepublikowana praca doktorska, Wydział Filozofii i Socjologii UMCS, Lublin 1978; W. Bielecki, *Rola zawodowa rejonowego lekarza ogólnego – model i rzeczywistość*, niepublikowana praca doktorska, Instytut Socjologii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1984.

50 M. Sokołowska, *Przedmowa*, w: *Socjologia zawodów medycznych*, dz. cyt., s. 7.

51 Tamże, s. 8.

52 Tamże, s. 10.

53 M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, Warszawa 1986, s. 232–233. Zob. także B. Uramowska-Żyto, *Wiedza medyczna a postepowanie diagnostyczne lekarzy. Raport z badań*, Warszawa 1983.

54 M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, dz. cyt., s. 252.

Konrad Żak

Profesjonalny doradca czy wykwalifikowany sprzedawca? Rola apteki ogólnodostępnej i farmaceuty w systemie ochrony zdrowia publicznego

Wprowadzenie

Powstanie placówek zajmujących się wytwarzaniem i sprzedażą leków stanowiło długofalowy proces, którego początki są trudne do ustalenia z uwagi na brak dokładnych danych historycznych. Początki handlu środkami leczniczymi sięgają starożytnej Grecji, gdzie pierwsi uliczni kramarze sprzedawali różnorodne towary, w tym zioła lecznicze i korzenie aromatyczne. Zatem pierwsze „apteki” należy utożsamiać ze straganami (z gr. *apotheke* – kram, buda, skład), zawód *apothecarius* przez wiele stuleci oznaczał zaś kupca[1].

Obecny kształt polskiego aptekarstwa zawdzięczamy przemianom gospodarczym i społecznym, które zaszły w Polsce pod koniec lat 80. ubiegłego wieku. Zmiana systemu gospodarczego Polski i rozwój przedsiębiorczości prywatnej usankcjonowały współczesny model przedsiębiorczości aptekarskiej. Dynamiczny wzrost liczby aptek oraz przejście polskiego rynku farmaceutycznego w fazę dojrzałości zmieniły rolę i zadania apteki oraz charakter zawodu farmaceuty. Rozwój nowych generacji produktów leczniczych wymagał od osoby sprzedającej gruntownej wiedzy z zakresu farmakologii. Postęp technologiczny odmienił profil obowiązków farmaceuty. Aptekarze w coraz mniejszym stopniu wytwarzają leki, zajmując się przede wszystkim sprzedażą farmaceutyków i doradztwem.

Zadania apteki ogólnodostępnej w systemie ochrony zdrowia publicznego

System prawa farmaceutycznego definiuje aptekę ogólnodostępną jako „placówkę ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione świadczą w szczególności usługi farmaceutyczne”, oraz precyzyjnie wskazuje jej podstawowe cele i zadania, jakimi są[2]:

1) zaopatrywanie ludności w produkty lecznicze, leki apteczne, leki recepturowe, wyroby medyczne

i następujące artykuły sprzedawane na wydzielonych stoiskach:

- wyroby medyczne,
- produkty lecznicze przeznaczone wyłącznie na eksport, posiadające pozwolenie na dopuszczenie do obrotu,
- środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego,
- suplementy diety w rozumieniu przepisów o bezpieczeństwie żywności i żywienia,
- środki kosmetyczne, z wyłączeniem kosmetyków przeznaczonych do perfumowania lub upiększania,
- przedmioty do pielęgnacji niemowląt i chorych,
- środki spożywcze zawierające w swoim składzie farmakopealne naturalne składniki pochodzenia roślinnego,
- środki dezynfekcyjne stosowane w medycynie, posiadające wymagane prawem atesty lub zezwolenia, pod warunkiem że ich przechowywanie i sprzedaż nie będą przeszkadzać podstawowej działalności apteki;

2) świadczenie usług farmaceutycznych, obejmujące:

- wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych, określonych w odrębnych przepisach,
- sporządzanie leków recepturowych w terminie nie dłuższym niż 48 godzin od złożenia recepty przez pacjenta, a w przypadku recepty na lek recepturowy zawierający środki odurzające lub oznaczonej „wydać natychmiast” – w ciągu 4 godzin,

- sporządzenie leków aptecznych,
- udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych;

3) wydawanie na podstawie recepty lekarza weterynarii produktów leczniczych lub leków recepturowych przeznaczonych dla ludzi, które będą stosowane u zwierząt.

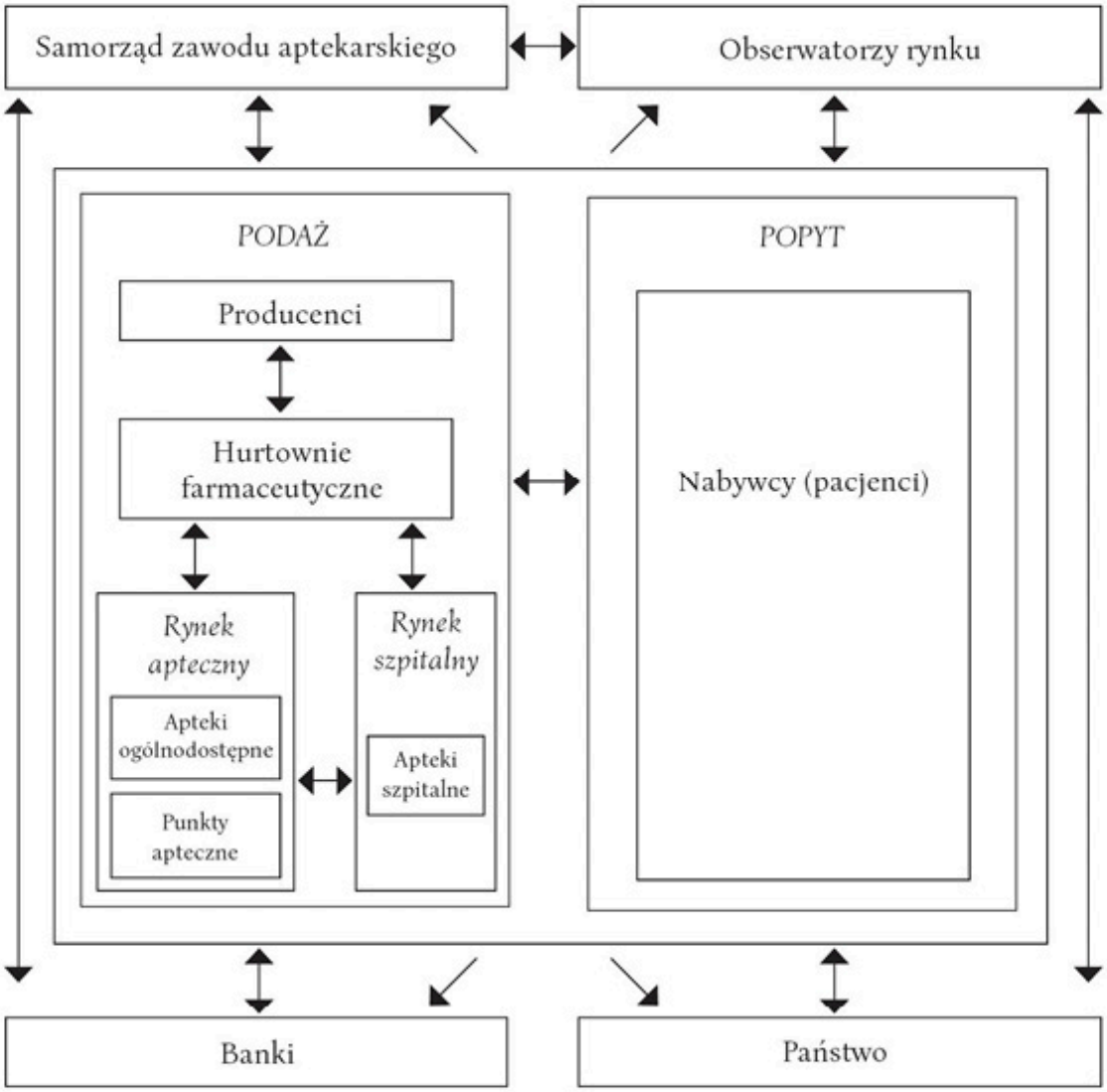
Tak szczegółowe regulacje mają zapewnić bezpieczeństwo obrotu produktami leczniczymi i wynikają z troski ustawodawcy o wysoką jakość procesu świadczenia usług farmaceutycznych. W polskim systemie prawa farmaceutycznego apteka ogólnodostępna stanowi podstawowe miejsce nabycia produktów leczniczych, dlatego system regulacji w tym zakresie jest tak gruntowny i drobiazgowy. Wysoki odsetek pacjentów dokonujących zakupów leków w aptece (91% pacjentów kupuje w niej leki OTC, ang. *over-the-counter drugs*, czyli wydawane bez recepty) świadczy o zaufaniu, jakim cieszy się ten rodzaj placówki wśród pacjentów[3].

Wykaz celów i zadań apteki pokazuje, w jak wielkim stopniu na przestrzeni czasu zmieniły się apteki. Z kramnic aptecznych uległy przekształceniu w placówki ochrony zdrowia publicznego. Rozwój nauki i techniki wzbogacił asortyment oferowanych produktów. Przeobrażeniu uległy również pierwotne funkcje apteki – wymiar *stricte* handlowy ewoluował do wielowymiarowego systemu ekonomicznego opartego na systemach:

- wytwarzania leków recepturowych,

- zaopatrywania w produkty lecznicze i pokrewne oraz wyroby medyczne,
- dystrybucji i sprzedaży,
- wsparcia procesów sprzedaży,
- profesjonalnego doradztwa i opieki farmaceutycznej.

Zmiany ukształtowały obecną strukturę podmiotową rynku farmaceutycznego – polipolu (rysunek 1). Apteczny rynek farmaceutyczny, często utożsamiany z rynkiem usług farmaceutycznych, stanowi ogół stosunków wymiennych (usługowo-pieniężnych) między sprzedającymi (aptekami i punktami aptecznymi), świadczącymi usługi farmaceutyczne po określonej cenie (reprezentującymi podaż), a osobami (nabywcami, pacjentami) zgłaszającymi zapotrzebowanie na te usługi (reprezentującymi popyt), znajdujące pokrycie w ich możliwościach nabywczych lub funduszach instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, oraz relacje zachodzące w ramach tych grup[4]. Choć wydaje się, że podmioty na rynku aptecznym z formalnego punktu widzenia są równorzędne, to jednak rzeczywistość rynkowa wskazuje na istnienie przewagi po stronie aptek. Przewaga ta wynika z charakteru regulacji prawnych odnoszących się do zasad dystrybucji i polityki cenowej oraz z charakteru procesów konkurencyjnych występujących na rynku. Postępująca koncentracja rynku wskazuje na wzrost udziału sieci aptecznych 5+ (pięciu i więcej aptek) w rynku do poziomu blisko 58%[5].



Rysunek 1. Struktura podmiotowa rynku farmaceutycznego w Polsce

Źródło: K. Żak, *Innowacyjność produktów leczniczych. Wyzwania dla konkurencyjności rynku farmaceutycznego w Polsce*, w: *Prawno-ekonomiczne szanse i bariery rozwoju przedsiębiorczości w Polsce i Europie*, red. M. Stefański, Lublin 2017, s. 106.

Nabywcy (pacjenci) na rynku aptecznym zgłaszają zapotrzebowanie na produkty lecznicze, wywołując popyt

na usługi farmaceutyczne oferowane przez apteki (i punkty apteczne), a w zamian oferują środki finansowe (pieniądz). Z drugiej strony apteki, zapewniając pacjentom produkty lecznicze, zgłaszają na nie zapotrzebowanie do hurtowni farmaceutycznych. Banki z kolei oferują pieniądz uczestnikom rynku (pacjentom, producentom leków, hurtowniom, aptekom i punktom aptecznym oraz państwu) poprzez udzielanie kredytów. Państwo natomiast refunduje aptekom (i punktom aptecznym) koszty związane z wartością produktu leczniczego i jest podmiotem podaży pieniądza. Może również zgłaszać popyt na usługi i produkty oraz pieniądz, w przypadku gdy pojawia się deficyt budżetowy[6].

Struktura podmiotowa rynku farmaceutycznego, stanowiąca pochodną zmian organizacyjno-funkcjonalnych zachodzących w aptekach na przestrzeni dziejów, wskazuje, że ewolucji i przeobrażeniu musiały również ulec organizacja zawodu aptekarza oraz obowiązki farmaceuty.

Obowiązki farmaceuty w zakresie realizacji procesu świadczenia usług farmaceutycznych w aptece ogólnodostępnej

W przestrzeni publicznej zawód farmaceuty jest najczęściej utożsamiany z aptekarzem, choć jest to znacznym

uproszczeniem i zawężeniem funkcji oraz zadań, jakie mogą wykonywać osoby posiadające ten tytuł. Nieprecyzyjne jest również wskazanie apteki jako jedynego miejsca pracy dla farmaceutów, albowiem obok apteki czy punktów aptecznych farmaceuci mogą być zatrudniani również w laboratoriach i przedsiębiorstwach farmaceutycznych, przedsiębiorstwach kosmetycznych, przedsiębiorstwach spedycyjnych, hurtowniach farmaceutycznych, jako przedstawiciele handlowi danego przedsiębiorstwa, jak również w inspekcji farmaceutycznej. „Farmaceuta" stanowi więc szerokie określenie profesji, obejmujące m.in. aptekarza – wykonującego zawód w aptece, punkcie aptecznym lub hurtowni farmaceutycznej[7].

System prawa farmaceutycznego precyzyjnie definiuje zakres zadań personelu fachowego. Regulacje dotyczące farmaceuty zostały zawarte w ustawie z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich[8]. Według zapisów tej ustawy wykonywanie zawodu farmaceuty ma na celu ochronę zdrowia publicznego i obejmuje udzielanie usług farmaceutycznych polegających w szczególności na:

- sporządzaniu i wytwarzaniu produktów leczniczych,
- ocenianiu jakości leków recepturowych, leków aptecznych i leków gotowych,
- wydawaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro*, wyposażenia wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro* oraz

aktywnych wyrobów medycznych do implantacji, będących przedmiotem obrotu w aptekach, działach farmacji szpitalnej i hurtowniach farmaceutycznych,

- sporządzaniu leków recepturowych i leków aptecznych w aptekach,
- sprawowaniu nadzoru nad wytwarzaniem, obrotem, przechowywaniem, wykorzystaniem i utylizacją produktów leczniczych i wyrobów medycznych, w tym rezerwami państwowymi,
- udzielaniu informacji i porad dotyczących działania i stosowania produktów leczniczych i wyrobów medycznych, będących przedmiotem obrotu w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych,
- sprawowaniu opieki farmaceutycznej polegającej na dokumentowanym procesie, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta,
- kierowaniu apteką, punktem aptecznym, działem farmacji szpitalnej lub hurtownią farmaceutyczną,
- współuczestniczeniu w sprawowaniu nadzoru nad gospodarką produktami leczniczymi, w szczególności w zakładach opieki zdrowotnej,
- współudziale w badaniach klinicznych prowadzonych w szpitalu,

- współudziale w badaniach nad lekiem,
- przygotowywaniu roztworów do hemodializy i dializy otrzewnowej (art. 2a ustawy o izbach aptekarskich).

Wykonywanie zawodu farmaceuty obejmuje także prowadzenie działalności dydaktycznej w uczelniach medycznych, badań naukowych i prac rozwojowych w dziedzinie farmacji.

W systemie prawa farmaceutycznego zawarto również regulacje określające szczególne zadania z racji merytorycznej odpowiedzialności za funkcjonowanie apteki powierzone przez ustawodawcę wyodrębnionemu organizacyjnie farmaceucie, jakim jest kierownik apteki. Wynika to bezpośrednio ze wskazania zawartego w art. 88 ust. 1 Prawa farmaceutycznego, zgodnie z którym kierownik apteki jest odpowiedzialny za jej prowadzenie[9]. Według zapisów tego aktu normatywnego kierownikiem apteki może być farmaceuta, który ma co najmniej pięcioletni staż pracy w aptece lub trzyletni staż pracy w aptece, w przypadku gdy posiada specjalizację z zakresu farmacji aptecznej. Do jego zadań należą:

- organizacja pracy w aptece, polegająca m.in. na przyjmowaniu, wydawaniu, przechowywaniu i identyfikacji produktów leczniczych i wyrobów medycznych, prawidłowym sporządzaniu leków recepturowych i leków aptecznych oraz udzielaniu informacji o lekach,

- nadzór nad praktykami studenckimi oraz praktykami techników farmaceutycznych,
- przekazywanie Prezesowi Urzędu Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych informacji o niepożądanym działaniu produktu leczniczego lub wyrobu medycznego,
- przekazywanie organom Inspekcji Farmaceutycznej informacji o podejrzeniu lub stwierdzeniu, że dany produkt leczniczy nie odpowiada ustalonym dla niego wymaganiom jakościowym,
- zakup produktów leczniczych wyłącznie od podmiotów posiadających zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej oraz ich prawidłowe wydawanie,
- zakup środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, w stosunku do których wydano decyzję o objęciu refundacją, wyłącznie od podmiotów posiadających zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej oraz ich prawidłowe wydawanie,
- prowadzenie ewidencji zatrudnionych w aptece osób,
- przekazywanie okręgowym izbom aptekarskim danych niezbędnych do prowadzenia rejestru farmaceutów przewidzianego ustawą o izbach aptekarskich,
- wstrzymywanie lub wycofywanie z obrotu i stosowania produktów leczniczych po uzyskaniu decyzji właściwego organu,

- wyłączne reprezentowanie apteki względem podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych w zakresie zadań realizowanych na podstawie przepisów ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 1844 ze zm.) – art. 88 ust. 2 i 5 Prawa farmaceutycznego.

Należy jednak podkreślić, że powyższy wykaz nie jest wyczerpujący, lecz przykładowy, i ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa obrotu produktami leczniczymi i pokrewnymi.

Szczegółowa egzemplifikacja zadań farmaceuty w systemie prawa farmaceutycznego wskazuje na wysoką rangę i prestiż tego zawodu oraz znaczenie obowiązków farmaceuty dla prawidłowego funkcjonowania systemu świadczenia usług farmaceutycznych w aptece. Kompetencyjny zakres obowiązków farmaceuty pokazuje, jak bardzo na przestrzeni czasu zmieniły się zadania farmaceuty, który z cechowego kramarza przeobraził się w specjalistę – przedstawiciela zawodu zaufania publicznego.

Świadczenie usług farmaceutycznych w aptece ogólnodostępnej – społeczna

misja apteki ogólnodostępnej a jej cele komercyjne

W systemie prawa farmaceutycznego wyeksponowany został głównie aspekt społeczny funkcjonowania apteki, co odzwierciedla legalna definicja apteki wsparta szczegółowym określeniem zakresu usług farmaceutycznych oraz zakresem obowiązków personelu fachowego. Wymiar społeczny został również podkreślony przez samorząd zawodu aptekarskiego w Kodeksie Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej poprzez wskazanie, „co w zawodzie jest istotne, pożądane, dobre, moralne i słuszne, a co naganne" oraz określenie „etycznej strony przedsiębiorczości aptekarskiej" w formie zasad, reguł i norm. Stanowi on tym samym „kodeks profesjonalizmu zawodowego", obejmujący „wskazania powinności moralnych, obowiązków, umiejętności i kompetencji zawodowych"[10].

Wymiar ekonomiczny funkcjonowania apteki określa system prawa gospodarczego, który definiuje aptekę ogólnodostępną jako przedsiębiorstwo (zorganizowany zespół składników materialnych i niematerialnych przeznaczony do prowadzenia działalności gospodarczej – art. 551 ustawy z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny[11]), a jej właściciela jako przedsiębiorcę (osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna prowadząca we własnym imieniu działalność gospodarczą – art. 431 k.c.).

Bez wymiaru ekonomicznego nie jest możliwe funkcjonowanie wymiaru społecznego, a bez wypełniania misji społecznej, jaką jest ochrona zdrowia publicznego, nie można realizować celów komercyjnych. Aspekt społeczny i ekonomiczny apteki są więc równoważne, a ich równoległa egzystencja wskazuje, że apteka stanowi „unikalną kombinację elementów zawodowego i komercyjnego" (ang. *unique combination of professional and commercial elements*[12]).

Realizacja celów komercyjnych apteki ogólnodostępnej stanowi naturalny przejaw jej rynkowej aktywności w systemie gospodarczym opartym na swobodzie działalności gospodarczej i wolnej konkurencji. Aptekarz wszakże prowadzi działalność gospodarczą, aby zarobić na swoje utrzymanie, a prowadzenie apteki to jednak biznes, a nie działalność charytatywna. Cele komercyjne stanowią więc ważny aspekt funkcjonowania apteki i powinny być utożsamiane z realizacją następujących aktywności:

- wzrost poziomu jakości świadczonych usług dotychczasowym grupom nabywców (zmodyfikowana strategia penetracji rynku – usługa lub produkt dotychczasowy, rynek dotychczasowy)[13],
- pozyskiwanie nowych grup nabywców dla dotychczas oferowanych produktów i usług, co w obecnych realiach rynkowych można osiągnąć wyłącznie kosztem odebrania nabywców konkurentom (strategia rozwoju

rynku – usługa lub produkt dotychczasowy, rynek nowy),

- modyfikacja świadczonych usług w celu osiągnięcia wzrostu sprzedaży wśród dotychczasowych grup nabywców (strategia rozwoju produktu i usług – usługa lub produkt nowy, rynek dotychczasowy),
- oferowanie nowych produktów i usług w celu zdobycia nowych grup nabywców, co można osiągnąć poprzez efektywne, oparte na analizie potrzeb i oczekiwań klienta zarządzanie asortymentem (strategia dywersyfikacji – usługa lub produkt nowy, rynek nowy)[14].

Trzeba przy tym podkreślić, że realizacja celów komercyjnych apteki nie powinna pozostawać w sprzeczności z podstawowym aspektem jej funkcjonowania – osiąganiem celów społecznych. W przeciwnym wypadku może to prowadzić do konfliktu wartości.

Problematyka konfliktu wartości w aptece ogólnodostępnej wynika z tego, że farmaceuci mają trudności z pogodzeniem ze sobą dwóch priorytetowych wymiarów aktywności apteki: społecznego procesu świadczenia usług farmaceutycznych z realizacją celów komercyjnych. Trudności te wynikają ze struktury podmiotowej polskiego rynku farmaceutycznego oraz natężenia pomiędzy aptekami procesów konkurencyjnych, które determinują określony rodzaj zachowania rynkowego

podmiotów (konfrontację, ograniczenie konkurencji, unikanie konkurencji oraz ignorowanie konkurencji[15]).

Występowanie konfliktu pomiędzy wymiarem społecznym a ekonomicznym w aptece ogólnodostępnej widać w badaniach opinii farmaceutów aptekarzy (tabela 1).

Tabela 1. Konflikt w aptece według opinii farmaceutów

Lp.	**Kategoria odpowiedzi**	**Dane [%]**
1	Występowanie trudności z wykonywaniem zawodu farmaceuty w zgodzie z przepisami prawnymi i kodeksem etycznym	69,1%
2	Nie można pogodzić wykonywania zawodu farmaceuty z realizacją celów komercyjnych apteki	78,1%
3	Konflikt między realizacją celów komercyjnych i celów społecznych na stałe wpisany jest w zawód farmaceuty	80,2%
4	Trudności z pogodzeniem realizacji celów komercyjnych z realizacją celów społecznych utrudniają wykonywanie zawodu farmaceuty w zgodzie z obowiązującymi przepisami	76,9%
5	Realizacja celów komercyjnych wymusza łamanie przepisów prawnych i kodeksu etycznego	71,4%
6	Realizacja celów społecznych wymusza łamanie przepisów prawnych i kodeksu etycznego	9,1%

Dane liczbowe nie sumują się do 100%. Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: K. Żak, *Działania marketingowe aptek a uwarunkowania prawne w Polsce*, dz. cyt., s. 253.

Badanie empiryczne było prowadzone od października do grudnia 2012 r. z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety na próbie 420 farmaceutów aptekarzy z województw: kujawsko-pomorskiego (województwa o jednej z największych liczbie ludności przypadającej na jedną aptekę), lubelskiego (województwa o najmniejszej liczbie ludności przypadającej na jedną aptekę) oraz mazowieckiego (województwa o największej liczbie aptek ogólnodostępnych zarejestrowanych i prowadzących działalność). Było ono realizowane przy pomocy różnych technik badawczych w celu dotarcia do jak największej grupy farmaceutów. Kwestionariusze ankiety były wypełniane w aptekach (przy wsparciu ankietera), wydawane farmaceutom do samodzielnego wypełnienia oraz rozsyłane do farmaceutów drogą elektroniczną. Z danej apteki pozyskano wyłącznie jeden kwestionariusz ankiety[16].

W opinii farmaceutów istnieją trudności z wykonywaniem zawodu farmaceuty w zgodzie z literą prawa i zasadami etyki (69,1%), jak również problemy z pogodzeniem realizacji celów komercyjnych z misją społeczną apteki (76,9%). Część z nich wskazuje, że konflikt między realizacją celów komercyjnych i celów społecznych jest na stałe wpisany w zawód farmaceuty (80,2%) oraz że nie można pogodzić wykonywania zawodu farmaceuty z realizacją celów komercyjnych apteki (78,1%), a ich praktyczna realizacja wymusza działania wbrew

obowiązującym przepisom (71,4%). Dualizm celów i zadań stanowi zatem płaszczyznę konfliktu wartości[17].

Konflikt ten dotyka bezpośrednio farmaceutów, którzy w obliczu wzrostu natężenia procesów konkurencyjnych coraz częściej stają się wykwalifikowanymi sprzedawcami zamiast być profesjonalnymi doradcami. Postępująca regresja roli farmaceuty w systemie ochrony zdrowia publicznego, dokonywana poprzez praktyczne ograniczenie jego zadań wyłącznie do działań związanych ze sprzedażą, stanowi wynik wielu lat zaniedbań i zaniechań na poziomie legislacyjnym, organizacyjnym, edukacyjnym i kontrolnym.

Zaniedbania i zaniechania na poziomie legislacyjnym to nieefektywne umiejscowienie roli farmaceuty w systemie ochrony zdrowia publicznego przejawiające się brakiem szczegółowych regulacji w zakresie opieki farmaceutycznej, precyzujących cele, zadania, zakresy obowiązków farmaceuty i przedstawicieli zawodów medycznych zaangażowanych w realizację procesu farmakoterapii pacjenta. Brak odpowiednich przepisów wykonawczych w tym zakresie to brak opieki farmaceutycznej w aptece ogólnodostępnej i sprowadzenie farmaceuty wyłącznie do roli wyspecjalizowanego sprzedawcy.

Zaniedbania i zaniechania na poziomie organizacyjnym wynikają ze struktury organizacyjnej oraz uporządkowania i koordynacji pracy w aptece, co również stanowi pochodną uregulowań prawnych. Zjawisko tzw. anoreksji organizacyjnej, czyli nieadekwatnej liczby farmaceutów

w stosunku do realnych potrzeb apteki, sprawia, że personel zamiast skoncentrować się na aspekcie profesjonalnego doradztwa, skupia się bardziej na realizacji czynności związanych ze sprzedażą.

Zaniedbania i zaniechania na poziomie edukacyjnym wynikają z niedostosowania systemu kształcenia farmaceutów do realiów funkcjonowania aptecznego rynku farmaceutycznego. W programach kształcenia uczelni medycznych brakuje przedmiotów z dziedziny nauk o zarządzaniu, przez co ponad 99% farmaceutów pracujących w ogólnodostępnych aptekach nie posiada wystarczających kompetencji menedżerskich. W związku z tym farmaceuci, zwłaszcza kierownicy aptek, nie są w stanie skutecznie zarządzać apteką i efektywnie funkcjonować w zgodzie z literą prawa oraz zasadami etyki i deontologii zawodowej. Stąd pośrednio wynika powszechność występowania zjawisk patologicznych na aptecznym rynku farmaceutycznym.

Zaniedbania i zaniechania na poziomie kontrolnym wynikają z fikcji kontroli właścicielskiej oraz z nieefektywnych systemów kontroli organów nadzoru farmaceutycznego, stanowiących pochodną braku precyzji systemu prawa farmaceutycznego. Fikcja kontroli organu właścicielskiego polega na braku procedur kontrolnych ukierunkowanych na jakość wymiaru społecznego – procesu świadczenia usług farmaceutycznych. Procesy kontrolne organu prowadzącego aptekę zorientowane są głównie na

wsparcie procesów sprzedażowych. Powszechność występowania zjawisk patologicznych w aptekach z kolei wskazuje, że procedury kontrolne dokonywane przez organy nadzoru farmaceutycznego są nieskuteczne. Brak efektywności w działalności kontrolnej organów nadzoru farmaceutycznego nie wpływa pozytywnie na eliminację niepożądanych rodzajów aktywności. Ta nieefektywność zaburza proces konkurowania pomiędzy aptekami, co destabilizuje funkcjonowanie rynku.

Występowanie zjawisk patologicznych w aptece ogólnodostępnej

Konflikt wartości pomiędzy aspektem komercyjnym i społecznym, stanowiący pochodną dualizmu celów i zadań apteki, oraz zmiany technologiczne i ekonomiczne zachodzące na rynku farmaceutycznym powodują trudności we właściwej identyfikacji misji apteki. Farmaceuci coraz częściej mają problem z odnalezieniem się w rzeczywistości rynkowej opartej na swobodzie gospodarczej i wolnej konkurencji. Trudności wynikają z natężenia procesów konkurencyjnych spowodowanych stale rosnącą liczbą aptek. Postawy farmaceutów wskazują na występowanie dwóch przeciwstawnych ról: orientację biznesową (ang. *business-role orientation*), opartą na dominacji celów komercyjnych, oraz orientację zawodową (ang.

professional-role orientation), ukierunkowaną na realizację celów społecznych[18]. Role te wpływają na dwie podstawowe orientacje aktywności apteki:

- orientację sprzedażową (charakterystyczną dla ok. 91% aptek[19]), ukierunkowaną na aktywne stosowanie instrumentów komunikowania się z klientami i szerokiego spektrum działań sprzedażowych w celu zbycia produktów w krótkim czasie, bez przykładania wagi do tego, kto i dlaczego dokonuje zakupu, aby osiągnąć zakładane zyski,
- orientację rynkową (charakterystyczną dla ok. 9% aptek[20]), ukierunkowaną na identyfikację potrzeb i oczekiwań nabywców oraz lepszego zaspokojenia ich, niż czynią to konkurenci, aby dzięki integracji działań marketingowych osiągnąć zyski, generowane w wyniku dobrych relacji z klientami, których podstawę stanowi wartość i satysfakcja nabywcy.

Poszczególne rodzaje aktywności apteki różnią się od siebie nie tylko podstawą wyjściową podejmowanych działań, lecz również zakresem i sposobem zastosowania instrumentów i działań oraz podstawowym przedmiotem uwagi (tabela 2).

Tabela 2. Orientacja rynkowa vs. orientacja sprzedażowa

Lp.	Kryterium	Orientacja rynkowa	Orientacja sprzedażowa

1	Punkt wyjścia podejmowanych działań	nabywca	produkt
2	Sposób realizacji celów działania	identyfikacja potrzeb i oczekiwań nabywcy	szerokie spektrum działań sprzedażowych
3	Kluczowy proces (zjawisko)	marketing	sprzedaż
4	Horyzont czasowy	długookresowy	krótkookresowy
5	Zakres badań i analiz	szeroki	wąski
6	Sposób konkurowania	wartość i satysfakcja nabywcy	cena
7	Sposób generowania zysku	relacje oparte na wartości i satysfakcji nabywcy	maksymalizacja sprzedaży
8	Zakres instrumentów i działań	szeroki	szeroki
9	Sposób stosowania instrumentów i podejmowania działań	zintegrowany	niezintegrowany
10	Podstawowy przedmiot uwagi	rynek	sprzedaż

Źródło: opracowanie własne.

Każda z wymienionych orientacji aktywności apteki warunkuje charakterystyczny sposób rynkowego funkcjonowania, który z kolei determinuje postawy farmaceutów w kontekście jakości porad udzielanych pacjentom (tabela 3).

Tabela 3. Skłonność farmaceutów do naruszania obowiązujących przepisów prawa oraz zasad etyki zawodowej

Lp.	**Kategoria**	**Wyszczególnienie**						
		R	**%**	**S**	**%**	**∑**	**%**	**C**xy
1	Informowanie pacjenta o przeciwwskazaniach przy stosowaniu leku w danej jednostce chorobowej (odmowa wydania leku)	71	89,9	82	24,1	153	36,4	0,53
2	Informowanie pacjenta o występowaniu tańszych zamienników leków	74	93,7	95	27,9	169	40,2	0,52
3	Informowanie pacjenta o skutkach ubocznych stosowanego leku	64	81,0	70	20,5	134	31,9	0,50
4	Informowanie pacjenta o działaniu leku	58	73,4	130	38,1	188	44,8	0,27
5	Wydanie pacjentowi leku wymagającego ordynacji lekarskiej bez okazania recepty	0	0	35	10,3	35	8,3	0,13
6	Polecanie dodatkowego produktu (bez wyraźnych wskazań terapeutycznych)	19	24,1	140	41,1	159	37,9	0,13
	Razem	**79**	**100**	**341**	**100**	**420**	**100**	

Legenda:

R – liczna aptek o orientacji rynkowej (marketingowej),

S – liczba aptek o orientacji sprzedażowej,

% – odsetek wśród aptek danej kategorii,

∑ = R + S,

Cxy – współczynnik zbieżności Cramera.

Źródło: K. Żak, *Realizacja celów komercyjnych a społeczna misja apteki ogólnodostępnej*, dz. cyt., s. 135; tenże, *Działania marketingowe aptek a uwarunkowania prawne w Polsce*, dz. cyt., s. 401–402.

Skłonność farmaceutów do naruszania obowiązującego prawa w wyniku przeprowadzonego na próbie 420 farmaceutów aptekarzy w okresie od października do grudnia 2012 r. badania empirycznego z wykorzystaniem metodyki *mystery shopping* została określona na podstawie występowania następujących przesłanek: nieinformowanie pacjenta o występowaniu tańszego zamiennika leku[21], wydanie pacjentowi leku wymagającego ordynacji lekarskiej bez konieczności przedstawienia i otrzymania recepty[22] oraz nieinformowanie pacjenta o przeciwwskazaniach przy stosowaniu leku w danej jednostce chorobowej (brak odmowy wydania leku)[23].

Z kolei skłonność farmaceutów do naruszania zasad etyki zawodowej można określić na podstawie nieudzielania pacjentowi informacji o działaniu leku i o skutkach ubocznych stosowanych leków oraz polecanie dodatkowego produktu (bez wyraźnych wskazań terapeutycznych)[24].

Badanie zostało przeprowadzone w aptekach, które uczestniczyły wcześniej w badaniu ankietowym. Informacje przeznaczone do wypełnienia kwestionariusza obserwacji zostały zebrane przez audytorów w wyniku przeprowadzenia obserwacji nieuczestniczącej i uczestniczącej. Audytorami w badaniu były wyłącznie

osoby legitymujące się dyplomem magistra farmacji (posiadające prawo wykonywania zawodu farmaceuty), co wynikało ze specyfiki badania i wiązało się z koniecznością posiadania specjalistycznej wiedzy fachowej niezbędnej do oceny pracy innych farmaceutów[25].

Oceniając gotowość aptekarzy do naruszania obowiązujących przepisów prawa oraz zasad etyki zawodowej, należy stwierdzić, że pracownicy w aptece o orientacji sprzedażowej przejawiają większą skłonność do naruszania przepisów prawnych i norm etycznych niż personel aptek o orientacji rynkowej. Może to wynikać z kilku przesłanek:

- patologicznej kultury organizacyjnej opartej na presji wywieranej na farmaceutów przez właścicieli aptek i menedżerów mających na uwadze wyłącznie realizację planów sprzedażowych,
- zbyt głębokiej ingerencji organu prowadzącego aptekę w swobodę komunikacji farmaceuty z pacjentem poprzez ustanowienie sztywnych procedur obsługi pacjenta oraz limitu czasu przeznaczonego na obsługę jednego klienta apteki,
- promowania przez organ właścicielski działań ukierunkowanych wyłącznie na maksymalizację sprzedaży przy jednoczesnej marginalizacji orientacji na klienta i zachowań proetycznych,
- braku kompetencji menedżerskich i wystarczających kwalifikacji personelu (właściciela, kierownika apteki,

menedżera, farmaceuty) do efektywnego zarządzania apteką,

- niedostosowania systemu kształcenia farmaceutów do realiów rynku farmaceutycznego, czego rezultatem jest niska świadomość prawna i etyczna części aptekarzy, wynikająca z niezrozumienia istoty roli apteki i zadań farmaceuty w systemie ochrony zdrowia publicznego,
- asymetrycznego przeregulowania rynku, który pomimo mnogości unormowań nie funkcjonuje właściwie z powodu braku istotnych dla sprawnego funkcjonowania systemu regulacji i skutecznych sankcji prawnych oraz nieefektywnej organizacji działalności organów nadzoru farmaceutycznego.

Wymienione przesłanki strukturalizują proces profesjonalnego doradztwa w aptece, ponieważ wspierają kulturę organizacyjną opartą na promocji działań sprzedażowych. Farmaceuci zamiast być profesjonalnymi doradcami, coraz częściej stają się „lekopodawcami”, co stanowi marnotrawstwo ich potencjału.

Wyzwania dla aptek i farmaceutów w zakresie optymalizacji świadczonych usług

Upodmiotowienie roli farmaceuty w procesie świadczenia usług farmaceutycznych oraz zwiększenie rangi apteki

ogólnodostępnej w systemie ochrony zdrowia publicznego wymagają podjęcia wielopoziomowych działań optymalizacyjnych. Priorytetową kwestią jest systemowe ujęcie procesu świadczenia usług farmaceutycznych w formie jednego aktu normatywnego, co pozwoli zredefiniować cele i zadania apteki ogólnodostępnej oraz zakres świadczonych usług farmaceutycznych, jak również doprecyzować kwestie odnoszące się do przedsiębiorczości aptekarskiej (np. opracowanie legalnych definicji kluczowych pojęć oraz precyzyjnego wskazania dozwolonych i zabronionych rodzajów aktywności). Wpłynie to pozytywnie na świadomość prawną uczestników rynku i ograniczy chaos prawny wynikający z nadinterpretacji litery prawa oraz pozwoli zminimalizować występowanie zjawiska niepewności w stosowaniu prawa.

Optymalizacja aptecznego rynku farmaceutycznego wymaga skutecznego funkcjonowania organów nadzoru farmaceutycznego poprzez system efektywnych procedur kontroli (zorientowanych na efektywność, a nie ilość), co pozwoli wyeliminować niepożądane rodzaje aktywności i wyrównać szanse w procesie konkurowania pomiędzy aptekami. Wymiernym wskaźnikiem pokazującym efektywność działań kontrolnych organów nadzoru farmaceutycznego jest liczba kontroli przeprowadzanych poza godzinami pracy urzędu, co stanowi istotny miernik, zwłaszcza przy ocenie jakości czynności kontrolnych

w zakresie obecności fachowego personelu apteki (rysunek 2).

Rysunek 2. Liczba kontroli Wojewódzkiego Inspektoratu Farmaceutycznego poza godzinami pracy urzędów w 2017 r.

Źródło: *Sprawdziliśmy gdzie WIF kontroluje apteki poza godzinami urzędowania. Te dane niepokoją…*, portal mgr.farm, 2 lutego 2018 r., https://mgr.farm/content/sprawdzilismy-gdzie-wif-kontroluje-apteki-poza-godzinamiurzedowania-te-dane-niepokoja (dostęp: 20.04.2018).

Powyższy wskaźnik pokazuje nieprofesjonalne podejście inspektorów nadzoru farmaceutycznego do istoty swoich obowiązków[26]. Sankcjonowanie fikcji w zakresie obecności personelu fachowego w aptece przekłada się na funkcjonowanie całego rynku (rysunek 3).

Rysunek 3. Liczba farmaceutów przypadająca na aptekę w 2017 r.

Źródło: P. Słowik, *Apteka bez aptekarza. Liczba farmaceutów jest alarmująco niska, a może być jeszcze gorzej*, portal GazetaPrawna.pl, 10 stycznia 2018 r., http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1096755,liczba-farmaceutow-w-polsce.html (dostęp: 20.04.2018), fot. Shutterstock.

Nieefektywne działanie organów nadzoru farmaceutycznego zaburza funkcjonowanie rynku, ponieważ tworzy pozorny obraz uczciwej konkurencji.

Wolna i uczciwa konkurencja powinna stanowić filar procesów gospodarczych gospodarki wolnorynkowej. Nieuczciwa konkurencja zakłóca reguły gry rynkowej, na czym tracą uczciwi aptekarze (konkurując przy wyższych kosztach działalności), pacjenci (obsługiwani głównie przez techników farmaceutycznych, czyli personel o niższych kwalifikacjach i kompetencjach) oraz budżet państwa (niższe koszty zatrudnienia to mniejszy podatek dochodowy i składka ZUS). Tracą na tym również „szeregowi" farmaceuci, albowiem fikcja kontroli organów nadzoru farmaceutycznego w zakresie obecności personelu fachowego wpływa na niższe wynagrodzenia z uwagi na brak presji na zatrudnienie w aptekach odpowiedniej liczby farmaceutów (właściciele aptek nie walczą o pozyskanie farmaceutów, zatrudniając w ich miejsce tańszych techników farmaceutycznych). Sankcjonowanie przez organy nadzoru farmaceutycznego sytuacji braku w aptece farmaceutów uniemożliwia również sprawowanie opieki farmaceutycznej – podstawowej usługi farmaceutycznej, która może być świadczona wyłącznie przez farmaceutę.

Występowaniu zjawisk patologicznych sprzyja hermetyzacja przedsiębiorczości aptekarskiej zarówno w sferze własnościowej (zasada „apteka dla aptekarza lub spółki aptekarzy" przy rozpatrywaniu wniosków o wydanie zezwolenia na prowadzenie apteki), jak i w obszarze kontroli (inspektor farmaceuta kontroluje aptekę, której właścicielem jest również farmaceuta, co nie służy

transparentności i efektywności procesów kontrolnych). Powszechność występowania zjawisk patologicznych nie koreluje z liczbą decyzji administracyjnych i wyroków sądowych będących wynikiem kontroli prowadzonych przez organy nadzoru farmaceutycznego, czyli inspektorów farmaceutów. W przestrzeni publicznej często zdarza się, że sądy aptekarskie umarzają postępowanie przeciwko właścicielom aptek będących farmaceutami nawet wtedy, gdy postępowanie sądowo-administracyjne jeszcze się nie zakończyło. Kontrole w aptekach prowadzonych przez farmaceutę z reguły kończą się niewykryciem zjawisk patologicznych, chociaż powszechnie wiadomo, że do naruszeń prawa dochodziło. Również samorząd zawodu aptekarskiego nie zawsze radzi sobie z walką z tymi zjawiskami, co budzi uzasadnione obawy, czy źle rozumiana solidarność zawodowa nie spowoduje wzrostu natężenia występowania niekorzystnych zjawisk[27].

Podniesienie rangi zawodu farmaceuty wymaga przede wszystkim podjęcia działań optymalizacyjnych w zakresie kształcenia. Wskazane jest dostosowanie systemu kształcenia farmaceutów do realiów funkcjonowania rynku aptecznego. Można to osiągnąć poprzez wprowadzenie do programu kształcenia przedmiotów z dziedziny nauk o zarządzaniu, aby wykształcić profesjonalnych menedżerów farmacji, którzy będą zarządzać aptekami w zgodzie z zasadami etyki i deontologii zawodowej. Pożądane jest również zwiększenie jakości kształcenia

z zakresu prawa farmaceutycznego, prowadzonego przez specjalistę, a nie przypadkową osobę, oraz z zasad etyki zawodowej w oparciu o studia przypadków propagujące system dobrych praktyk (np. odnoszących się do reguł współpracy z przedstawicielami zawodów medycznych oraz przedstawicielami handlowymi i medycznymi). Pozwoli to na zwiększenie świadomości prawnej farmaceutów i wskazanie sposobów etycznego postępowania oraz dostarczy na rynek pracy odpowiednio przygotowanych profesjonalistów[28].

Największą i najważniejszą rolę w procesie optymalizacji warunków pracy farmaceuty odgrywają właściciele aptek. To na ich barkach spoczywa odpowiedzialność za upowszechnianie modelu etycznej przedsiębiorczości aptekarskiej, zgodnej z dobrymi obyczajami i dobrą praktyką apteczną. Trzeba zauważyć, że nawet odpowiednio przygotowany profesjonalny menedżer farmacji nie będzie w stanie skutecznie przeciwstawić się kulturze organizacyjnej opartej na funkcjonowaniu w warunkach patologii. Obowiązkiem pracodawcy jest zatem stworzenie w miejscu pracy warunków do wykonywania zawodu farmaceuty w zgodzie z literą prawa i zasadami etyki zawodowej, aby mógł on wypełniać swoje obowiązki zawodowe w harmonii z własnym sumieniem i współczesną wiedzą medyczną, bez konieczności poddawania się naciskom społecznym i mechanizmom

rynkowym mogącym narazić autorytet zawodu lub zawieść zaufanie publiczne.

Podsumowanie

Problematyka redefinicji roli apteki i zadań farmaceuty w systemie ochrony zdrowia publicznego wymaga szeroko zakrojonej analizy stanu istniejącego w oparciu o sprawność funkcjonowania aptecznego rynku farmaceutycznego. Należy postawić pytanie, czy wysoce wyspecjalizowany profesjonalista, jakim jest farmaceuta, powinien być wykorzystywany wyłącznie jako wykwalifikowany sprzedawca, czy może należałoby mu stworzyć odpowiednie warunki pracy do pełnienia funkcji profesjonalnego doradcy. Podniesienie rangi zawodu farmaceuty jest wskazane z uwagi na posiadane przez niego kwalifikacje, znacznie przewyższające rolę „lekopodawcy”. Szybko postępujące zmiany ekonomiczne (globalizacja rynków) i technologiczne (powstawanie nowych produktów leczniczych, kanałów dystrybucji, instrumentów komunikacji marketingowej) rodzą trudności we właściwej identyfikacji misji apteki.

Ewolucja apteki od straganu, poprzez kramy apteczne, aż do placówki ochrony zdrowia publicznego wskazuje, że stanowi ona unikalne połączenie elementów zawodowego i komercyjnego. Z tego powodu należy w sposób

kompromisowy uregulować obydwie płaszczyzny działania apteki ogólnodostępnej w taki sposób, aby jeden wymiar nie zaburzał funkcjonowania drugiego. Zastosowanie zasady „złotego środka” umożliwi równoważne funkcjonowanie obu płaszczyzn, przy jednoczesnej minimalizacji negatywnego oddziaływania konfliktu wartości wynikającego z dualizmu celów i zadań apteki. W realiach gospodarki wolnorynkowej opartej na swobodzie działalności gospodarczej i wolnej konkurencji konflikt wartości jest na stałe wpisany w funkcjonowanie aptek ogólnodostępnych i od dziesięcioleci kształtuje rzeczywistość na aptecznym rynku farmaceutycznym. Źródłem konfliktu jest tendencja do dominacji wymiaru ekonomicznego kosztem realizacji misji społecznej. Wymiernym przykładem owej dominacji jest rozpowszechnienie na rynku aptecznym orientacji sprzedażowej.

Struktura podmiotowa aptecznego rynku farmaceutycznego oraz rosnąca liczba aptek powodują wzrost natężenia procesów konkurencyjnych, co sprzyja kreowaniu konfliktu pomiędzy wymiarem ekonomicznym i społecznym apteki. Już sama istota procesów konkurencyjnych, postrzeganych jako rywalizacja pomiędzy podmiotami dążącymi do osiągnięcia tego samego celu, wskazuje na nieodzowność działania na bazie konfliktu stanowiącego naturalne zjawisko w przypadku dążenia do zaspokojenia ograniczonej liczby nabywców. Konflikt

wartości, rozumiany jako konfrontacja funkcji społecznej z wymiarem ekonomicznym, w odróżnieniu od konkurencji nie jest zjawiskiem pożądanym. Zachowanie równowagi pomiędzy obydwu wymiarami jest możliwe w wyniku zastosowania orientacji rynkowej, której podmiotowym punktem wyjścia dla podejmowanych działań jest klient, natomiast przedmiotowym – rynek, a dokładniej popyt oraz obecne i przyszłe potrzeby nabywców. Profesjonalne zastosowanie instrumentów marketingowych na bazie budowania wartości w oparciu o relację z klientami może zminimalizować sprzeczności wynikające z konfliktu wartości, stanowiąc swego rodzaju rozwiązanie optymalne. Nie da się jednak tego dokonać bez deregulacji rynku, którą należałoby przeprowadzić w oparciu o optymalizację systemu prawa farmaceutycznego i profesjonalizację procesów organizacyjnych zachodzących w aptece.

Redefinicja roli apteki i zadań farmaceuty w systemie ochrony zdrowia publicznego wymaga profesjonalnego podejścia do problemu opieki farmaceutycznej w celu dokonania reorganizacji procesu świadczenia usług farmaceutycznych. Upowszechnienie opieki farmaceutycznej w praktyce aptecznej pozwoli podnieść rangę zawodu farmaceuty oraz zwiększyć prestiż i poziom satysfakcji aptekarzy z wykonywanej pracy. Zyskają na tym wszyscy uczestnicy procesów rynkowych, a zwłaszcza pacjenci, których życie i zdrowie jest wartością najwyższą i niepowtarzalną.

Obecna sytuacja na rynku usług farmaceutycznych wskazuje na konieczność uporządkowania rynku poprzez poprawę jakości procesu świadczenia usług. W pełni uzasadnione wydaje się zwiększenie odpowiedzialności aptekarzy w procesie stabilizacji aptecznego rynku farmaceutycznego. Można to osiągnąć poprzez nadanie im dodatkowych uprawnień. Wprowadzenie w systemie prawa farmaceutycznego ograniczeń w wydawaniu zezwoleń na prowadzenie apteki w myśl zasady „apteka dla aptekarza lub spółki aptekarzy", choć z punktu widzenia etymologicznego wydaje się słuszne (stanowi powrót do źródeł aptekarstwa), na obecnym etapie rozwoju aptecznego rynku farmaceutycznego w nieznacznym stopniu zmieni układ sił podmiotów świadczących usługi farmaceutyczne. Implementacja tych ograniczeń w praktyce aptecznej potęguje chaos na rynku, od 25 czerwca 2017 r. sankcjonuje bowiem tzw. dualizm strukturalny – równorzędne funkcjonowanie dwóch systemów własnościowych: podmiotów posiadających wykształcenie farmaceutyczne oraz podmiotów niebędących farmaceutami. Wprowadzone zmiany w obecnej formie służą głównie interesom bardzo wąskiej grupy farmaceutów – właścicielom aptek, zwłaszcza tym, którzy posiadają własny lokal.

Bezrefleksyjne i pochopne wprowadzenie ograniczeń w polityce wydawania zezwoleń na prowadzenie apteki w połączeniu z kryterium demograficznym i geograficznym

może generować w przyszłości różne problemy, jak choćby utratę rodzinnego źródła utrzymania (dochodu) w przypadku śmierci właściciela, jeżeli spadkobierca nie posiada wykształcenia farmaceutycznego (po śmierci właściciela zezwolenie na prowadzenie apteki nie wygasa przez dwa lata, co nie wystarczy do tego, aby spadkobierca nieposiadający stosownego wykształcenia mógł je w tym czasie uzupełnić)[29]. Opisywane regulacje w praktyce mogą oznaczać nawet konieczność likwidacji działalności apteki w przypadku utraty przez organ prowadzący prawa do lokalu[30]. Ograniczenia w wydawaniu zezwoleń na prowadzenie apteki nie zatrzymają również ekspansji sieci aptecznych, ponieważ projektodawca zmian w obawie przed sprzeciwem Unii Europejskiej usunął z projektu ustawy zapis o zakazie sprzedaży spółek kapitałowych, co oznacza, że spółka kapitałowa prowadząca apteki może zostać kupiona przez inną spółkę kapitałową. Natomiast ograniczenia sprzedaży dotyczą aptek prowadzonych w formie jednoosobowej działalności gospodarczej i spółek cywilnych, czyli większości aptek indywidualnych (tzw. aptek niezależnych). Może to zwiększyć tempo koncentracji rynku (wpłynąć na rozrost już istniejących sieci aptecznych), a w przyszłości spowodować wzrost zjawiska nieuczciwej konkurencji[31].

W celu optymalizacji systemu opieki zdrowotnej poprzez poprawę jakości procesu świadczenia usług farmaceutycznych oraz polepszanie warunków pracy

farmaceutów należy albo przejść od zasady „apteka dla aptekarza lub spółki aptekarzy” w kierunku zasady „apteka dla pacjenta”, albo całkowicie przeformatować system nadzoru nad aptekami w stronę integracji systemów kontroli farmaceutycznej z systemami kontroli skarbowej i inspekcji pracy (w ujęciu tradycyjnym i cyfrowym). W obecnym systemie kontroli aptek inspektor organu nadzoru farmaceutycznego nie jest w stanie samodzielnie dokonać efektywnych czynności kontrolnych. Tylko zespół kontrolny w składzie: inspektor organu nadzoru farmaceutycznego, informatyk, urzędnik kontroli skarbowej i pracownik inspekcji pracy mogą dokonać kompleksowej i rzetelnej kontroli apteki.

A professional adviser or a qualified salesperson? The role of the retail pharmacy and pharmacist in the public health system

Summary

The functioning of a public pharmacy in a market economy based on the freedom of economic activity and free competition is associated not only with the implementation of the social mission of the pharmacy, which is the protection of public health, but also with the implementation of commercial goals. The dual nature of the objectives and tasks of a pharmacy can lead to a conflict between its social and economic dimensions. Hence, the necessity for special regulations of the pharmaceutical market in the system of commercial law. The rising intensity of competitive processes means that pharmacists increasingly face a dilemma manifested by the need to submit their commercial objectives to social goals. The growing dominance of sales orientation

indicates a change in the market profile of pharmacy functioning, which also involves a change in the pharmacist's role. Increasingly, the pharmacist's social tasks are limited in pharmacies to increase the scope of responsibilities in the implementation of commercial objectives. Instead of being a professional adviser, the pharmacist transforms into a qualified salesperson. The issue of market changes influencing the functioning of generally accessible pharmacies is presented in this article as a part of the conflict of values resulting from the parallel occurrence of the social and economic dimension. The study of changes taking place in the pharmaceutical market makes it possible to determine the directions of changes taking place in the operational activity of pharmacies. Understanding the nature of the impact of market mechanisms on the functioning of public pharmacies will allow one to prepare a list of corrective actions aimed at redefining the pharmacy's mission and pharmacist's tasks, while optimizing pharmaceutical services.

Keywords: pharmacy, pharmaceutical services, pharmaceutical law

DR INŻ. KONRAD ŻAK – CEO, Pharma Consulting

1 A. Drygas, *Narodziny leku. Dawne terapie. Lek i jego formy, sposoby wytwarzania i dystrybucji*, w: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1995, s. 144–145.

2 Artykuł 86 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 499 ze zm.); K. Żak, *Realizacja celów komercyjnych a społeczna misja apteki ogólnodostępnej – konflikt pomiędzy etyką a biznesem jako źródło występowania zjawisk patologicznych na aptecznym rynku farmaceutycznym*, „Prakseologia" 2018, nr 160, s. 127–128.

3 K. Szalonka, *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*, Warszawa 2011, s. 162.

4 K. Żak, *Działania marketingowe aptek a uwarunkowania prawne w Polsce*, niepublikowana dysertacja doktorska, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2014, s. 29.

5 M. Pilkiewicz, *Polska na tle Europy – pozycja sieci i sieci wirtualnych*, prezentacja QuintilesIMS 2016, slajd 11.

6 K. Żak, *Działania marketingowe aptek a uwarunkowania prawne w Polsce*, dz. cyt., s. 29–30.

7 K. Żak, Ł. Żak, *Odpowiedzialność porządkowa farmaceuty w aptece ogólnodostępnej*, „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów" 2012, nr 121, s. 162.

8 Tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 1946 ze zm.

9 K. Żak, Ł. Żak, *Odpowiedzialność porządkowa farmaceuty w aptece ogólnodostępnej*, dz. cyt., s. 163.

10 Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej, „Biuletyn Naczelnej Rady Aptekarskiej" 2012, nr VI (1), s. 65.

11 Dz. U. z 2018 r. poz. 1025 ze zm.

12 I. Thorner, *Pharmacy: the functional significance of an institutional pattern*, „Social Forces" 1942, vol. 20 (3), s. 321.

13 Działania wspierające wzrost sprzedaży dotychczas oferowanych produktów dotychczasowym grupom nabywców nie zawsze są zalecane, albowiem leki nie stanowią zwykłej kategorii produktów, a ich zażywanie powinno wynikać wyłącznie z konieczności życiowej. Obligatoryjne polecanie dodatkowego produktu (np. w formie zalecenia lub zarządzenia bez zaznajamiania się ze specyfiką jednostki chorobowej pacjenta) należy uznać za działanie wbrew interesowi pacjenta.

14 W aptece ogólnodostępnej realizacja strategii dywersyfikacji może być trudna z uwagi na ściśle uregulowany zakres świadczenia usług farmaceutycznych.

15 Z. Pierścionek, *Strategie konkurencji i rozwoju firmy*, Warszawa 2003, s. 182–183.

16 Szczegółowo procedura badawcza została przedstawiona w: K. Żak, *Działania marketingowe aptek a uwarunkowania prawne w Polsce*, dz. cyt., s. 245–246, 252–255.

17 K. Żak, *Realizacja celów komercyjnych a społeczna misja apteki ogólnodostępnej*, dz. cyt., s. 131. Wyniki badania nie są reprezentatywne,

należy je interpretować z dużą ostrożnością.

18 E.R. Quinney, *Occupational structure and criminal behavior: prescription violation by retail pharmacists*, „Social Problems" 1963, vol. 11 (2), s. 179–185; tenże, *Adjustment to occupational role strain: the case of retail pharmacy*, „The Southwestern Social Science Quarterly" 1964, vol. 44 (4), s. 367–376.

19 K. Żak, *Działania marketingowe aptek a uwarunkowania prawne w Polsce*, dz. cyt., s. 330.

20 Tamże.

21 Nieudzielenie pacjentowi informacji o możliwości kupienia leku tańszego niż lek przepisany przez lekarza (o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej, która nie powoduje powstania różnic terapeutycznych oraz o tym samym wskazaniu terapeutycznym) stanowi naruszenie art. 44 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844 ze zm.).

22 Wydanie pacjentowi leku wymagającego ordynacji lekarskiej bez konieczności przedstawienia recepty stanowi naruszenie art. 96 Prawa farmaceutycznego, chyba że stan pacjenta wskazuje na nagłe zagrożenia zdrowia lub życia.

23 Przedstawiona w trakcie audytu (obserwacji) sytuacja wskazywała na występowanie istotnych przeciwwskazań przy stosowaniu leku w jednostce chorobowej pacjenta, którą można by uznać za zagrożenie jego stanu zdrowia lub życia, co uprawniało aptekarza do odmowy wydania leku (art. 96 ust. 5 pkt 1 Prawa farmaceutycznego).

24 K. Żak, *Działania marketingowe aptek a uwarunkowania prawne w Polsce*, dz. cyt., s. 259.

25 Szczegółowo procedura badawcza została przedstawiona w: K. Żak, *Działania marketingowe aptek a uwarunkowania prawne w Polsce*, dz. cyt., s. 245–246, 258–271. Wyniki badania nie są reprezentatywne, należy je interpretować z dużą ostrożnością.

26 Efektywna kontrola obecności personelu fachowego (farmaceutów) powinna zostać przeprowadzona tuż przed zamknięciem apteki. Podejmowanie działań kontrolnych w godzinach urzędowania nie pozwoli inspektorowi wychwycić, czy w aptece jest zatrudniona odpowiednia liczba farmaceutów, ponieważ na tzw. pierwszej zmianie z reguły jest kierownik apteki. Brak wystarczającej liczby

personelu fachowego w aptece ogólnodostępnej stanowi naruszenie art. 90 i 92 Prawa farmaceutycznego.

27 Klasycznym przykładem kontrowersyjnych działań samorządu zawodu aptekarskiego, tzw. zamiatania pod dywan, jest sprawa byłego prezesa Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej skazanego za korupcję (sam oskarżony poddał się karze, tłumacząc się „chwilą słabości"). Rzecznik odpowiedzialności zawodowej zdecydował się sprawę umorzyć i nie skierował jej do sądu aptekarskiego. Informacje o tej głośnej sprawie znikały nawet z serwisów internetowych portali branżowych*:* „Jeden z farmaceutów znający kulisy sprawy powiedział nam, dlaczego materiał został usunięty z branżowego portalu. Decyzję podjął wydawca – prywatna firma jednego z warszawskich farmaceutów. Po konsultacjach z Naczelną Izbą Aptekarską uznano, że informacja o umorzeniu dyscyplinarnej sprawy (…) uderza w całe środowisko i lepiej nie kalać własnego gniazda", Ł. Cieśla, *Korupcja u aptekarzy: Kuriozalne umorzenie sprawy Tadeusza Bąbelka*, „Głos Wielkopolski" wydanie internetowe z 20 sierpnia 2016 r., http://www.gloswielkopolski.pl/wiadomosci/wielkopolska/a/korupcja-u-aptekarzy-kuriozalne-umorzenie-sprawytadeusza-babelka,10533132/2/ (dostęp: 20.04.2018).

28 K. Żak, *Realizacja celów komercyjnych a społeczna misja apteki ogólnodostępnej*, dz. cyt., s. 144.

29 Wynika to bezpośrednio z treści art. 104 ust. 1a Prawa farmaceutycznego.

30 Apteki wynajmujące lokal na czas określony tracą pozycję negocjacyjną z organem wynajmującym – muszą zaakceptować jego warunki najmu albo zlikwidować aptekę. Istnieje duże ryzyko, że właściciel lokalu będzie próbował znacznie podwyższyć opłaty za wynajem lokalu, co może uczynić prowadzoną działalność niedochodową. Jaskrawą egzemplifikacją dysfunkcji wprowadzonych zmian jest przykład Apteki Galenica z Poznania, która działała na poznańskim Starym Mieście przez ponad pół wieku. Jej właściciel, który propagował zasadę „apteka dla aptekarza lub spółki aptekarzy", stał się pierwszą ofiarą tej reguły, ponieważ utracił prawo do lokalu, a nowe przepisy uniemożliwiają mu przeniesienie działalności do innej lokalizacji, P. Skrzat, *Pierwsza ofiara „apteki dla aptekarza". Sama walczyła o zmianę przepisów*, portal WP finanse, 26 lipca 2017 r., https://finanse.wp.pl/pierwsza-ofiara-apteki-

dla-aptekarza-sama-walczyla-o-zmiane-przepisow-6148323079661185a (dostęp: 20.04.2018).

31 Obecne przepisy ograniczają otwieranie nowych aptek, ale nie uniemożliwiają ich przejmowania, jeżeli organ prowadzący jest spółką kapitałową (np. spółką z ograniczoną odpowiedzialnością). W praktyce prowadzi to do zwiększenia tempa koncentracji rynku. Poprzez wykup udziałów w spółkach kapitałowych przejmowane są nawet małe sieci apteczne (zdarza się, że apteki sieciowe oferują do 10 tys. zł za informację o takich aptekach). Duże sieci apteczne mogą próbować ograniczyć konkurencję wokół własnych aptek poprzez wykupywanie praw do lokali konkurentów lub podbijanie cen na licytacjach. W praktyce spowodować to może upadek licznych małych tzw. aptek niezależnych, które nie utrzymają progu rentowności przy wzroście opłat za wynajem lokalu.

Anita Majchrowska

Zakres roli zawodowej współczesnego farmaceuty aptekarza

Wprowadzenie

Analiza współczesnych przemian zawodu farmaceuty w Polsce pokazuje jednoznacznie, iż jego kondycja zależy w znacznym stopniu od przemian społeczno-gospodarczych. Istotna zmiana w powojennej historii tego zawodu miała miejsce podczas procesu wdrażania gospodarki socjalistycznej w latach 50. XX w. Nacjonalizacja aptek w 1951 r.[1], będąca przejawem upaństwowienia gospodarki polskiej, spowodowała, iż farmaceuta stał się pracownikiem państwowej, centralnie zarządzanej apteki, co znacząco wpłynęło na warunki wykonywania zawodu oraz zakres odgrywanej przez niego roli społecznej. Funkcje farmaceuty w zasadzie ograniczyły się do dystrybucji i wydawania środków leczniczych przepisanych przez lekarza. Brak decyzyjności w obszarze zarządzania apteką oraz dominujący udział lekarza w procesie leczenia[2]

doprowadziły do osłabienia dążeń do samookreślenia się farmaceutów jako grupy zawodowej, co w efekcie przyczyniło się do stopniowej deprecjacji zawodu.

Strukturalne przekształcenia systemu społeczno-politycznego w Polsce z początkiem lat 90. XX w. oraz przemiany w organizacji życia społecznego, a wśród nich zmiana charakteru własności aptek, miały istotne konsekwencje dla pozycji zawodu farmaceuty oraz warunków jego wykonywania. Reprywatyzacja aptek oraz wprowadzenie zasady wolnej konkurencji i ekonomicznej opłacalności na rynek apteczny sprawiły, iż farmaceuta stał się przedsiębiorcą i managerem, dla którego obok dobra pacjenta ważny jest także rachunek ekonomiczny. Część farmaceutów zarządzających apteką musiała zmierzyć się z wymaganiami nowej dla nich roli – przedsiębiorcy dbającego o interes finansowy apteki. Istotą zawodu wciąż pozostała jednak praca na rzecz zdrowia publicznego – wydawanie leków, udzielanie o nich informacji, doradztwo w aptece oraz prowadzenie opieki farmaceutycznej. Zakres tej działalności wydaje się rozszerzać wraz z przemianami w systemie medycznym oraz zmieniającymi się oczekiwaniami pacjentów będących klientami aptek. Łatwy dostęp do informacji na temat zdrowia i choroby powoduje, że pacjent wyposażony w wiedzę medyczną, niejednokrotnie o wątpliwej wartości merytorycznej, coraz częściej omija lekarza, zwracając się o pomoc bezpośrednio do farmaceuty. Dobór odpowiednich leków dostępnych bez

recepty, kontrola ich zakupu, a co za tym idzie stosowania[3], oraz szeroko rozumiane doradztwo w kwestii zdrowia i choroby są obecnie codziennym elementem pracy farmaceutów. Jak czytamy w dokumencie WHO, rola farmaceuty na całym świecie zmieniła się w ciągu ostatnich dekad. Przestał być on jedynie wydawcą czy sprzedawcą leków, a stał się członkiem zespołu terapeutycznego, zaangażowanym w troskę o zdrowie pacjenta[4].

Sprawowanie opieki farmaceutycznej jest w Polsce nowym zadaniem farmaceuty, wpisanym do ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich[5] w 2008 r. Jest ono definiowane jako dokumentowany proces, „w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta” (art. 2a ust. 1 pkt 7).

Od wprowadzenia tego zapisu minęło 10 lat, niestety jednak wciąż opieka farmaceutyczna w większości aptek nie funkcjonuje w ustawowym jej rozumieniu. Obszerne analizy teoretyczne dotyczące tego procesu nie doczekały się jak dotąd wdrożenia na szeroką skalę. Opieka farmaceutyczna wskazuje na aktywny udział farmaceuty w procesie leczenia pacjenta, wymaga jednak szerszego zakresu samodzielności i odpowiedzialności zawodowej. Doświadczenia krajów zachodnich wskazują jednoznacznie,

że polscy farmaceuci będą musieli zmierzyć się z tym wyzwaniem.

Farmacja środowiskowa, która z powodzeniem funkcjonuje w wielu krajach europejskich, stanowi ogromne wsparcie dla podstawowej opieki zdrowotnej i lekarza rodzinnego, racjonalizując farmakoterapię w różnych stanach chorobowych, wpływając na poprawę jakości życia pacjentów, dając tym samym wymierne korzyści zarówno zdrowotne, jak i finansowe. Najistotniejsze bariery wdrażania opieki farmaceutycznej w Polsce sytuują się zarówno po stronie organizacji samego systemu ochrony zdrowia, braku prawnych uwarunkowań potencjalnych partnerów farmaceuty w świadczeniu tej usługi, jak i – co nie mniej istotne – w środowisku samych farmaceutów, którzy nie zawsze czują się kompetentni do przejęcia odpowiedzialności za zdrowie pacjentów[6].

W świetle zarysowanych wyżej kwestii istotna wydaje się odpowiedź na pytanie, czy sami pacjenci – klienci aptek, jako odbiorcy usług farmaceutycznych, są przygotowani do tego, aby zaufać farmaceucie w sprawach zdrowia i choroby? Czy w percepcji społecznej farmaceuta zatrudniony w aptece jest odbierany jako profesjonalista mogący wspierać pacjenta i lekarza w procesie leczenia? Odpowiedź na tak sformułowane pytania nabiera szczególnego znaczenia w kontekście deficytu badań nad zawodem farmaceuty. Stereotypowe postrzeganie zawodu sytuuje farmaceutę poza procesem leczenia, stąd rzadko

analizowane są postawy pacjentów oraz ich opinie na temat farmaceuty zatrudnionego w aptece. Zarysowane wyżej przemiany w systemie społecznym wyznaczonym pojęciami zdrowie – choroba – medycyna wskazały na nowe role farmaceuty: przedsiębiorcy, doradcy w sprawach samoleczenia oraz członka interdyscyplinarnego zespołu pracującego na rzecz zdrowia pacjenta zarówno w ramach opieki farmaceutycznej, jak i farmacji klinicznej. W każdej w tych ról partnerem farmaceuty jest pacjent, dlatego percepcja roli farmaceuty wśród potencjalnych pacjentów – klientów aptek wydaje się szczególnie ważna z punktu widzenia efektywności współpracy. Z tego powodu problematyka ta stała się jednym z obszarów zainteresowań badawczych w ramach badań nad zawodami medycznymi prowadzonych przez Samodzielną Pracownię Socjologii Medycyny Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Materiał i metoda

Materiał do rozważań nad zakresem roli farmaceuty stanowią wyniki ilościowych badań sondażowych, które w 2018 r., na zlecenie Samodzielnej Pracowni Socjologii Medycyny Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, zrealizowała Grupa BST techniką *mixed-mode*. Składały się na nią w 84% CAPI (ang. *Computer Assisted Personal Interview*, wywiad osobisty z zastosowaniem środków

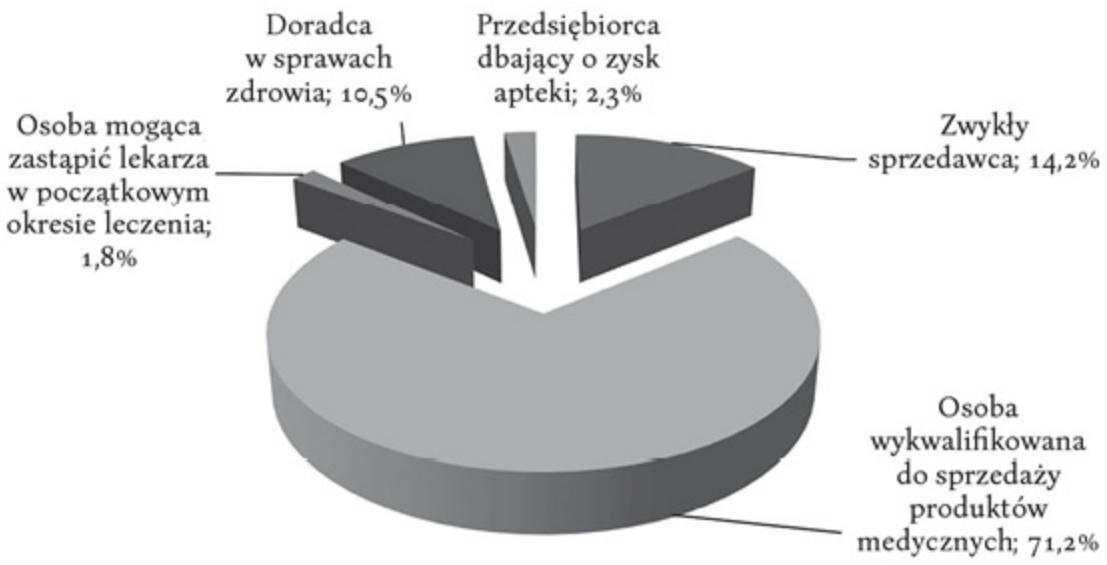
elektronicznych) – jako technika podstawowa oraz w 16% CATI (ang. *Computer Assisted Telephone Interviewing*, wywiad telefoniczny) – jako technika uzupełniająca, wykorzystywana do uzupełnień zakładanych rozkładów metrycznych. Badania przeprowadzono na reprezentatywnej próbie 600 Polaków powyżej 18. roku życia. Maksymalny przyjęty błąd statystyczny wynosił 4%, a przedział ufności 95%.

Reprezentatywność, która umożliwia uogólnianie uzyskanych danych na całą populację dorosłych Polaków, została określona na podstawie: płci respondentów, ich wieku, wykształcenia oraz miejsca zamieszkania. Wśród badanych było 51% kobiet i 49% mężczyzn. Respondenci do 29. roku życia stanowili 17,7%, do 39 lat – 21%, do 49 lat – 17%, do 59 lat – 16,3%, osób w wieku 60 lat i więcej było 28%. Swoje wykształcenie 2,2% badanych określiło jako podstawowe lub gimnazjalne, 19,3% – zasadnicze zawodowe, 35,4% – średnie, 21,8% – wyższe licencjackie i 21,3% – wyższe magisterskie. Na wsi zamieszkiwało 5,5% badanych, pozostali mieszkali w mieście: do 20 tys. (10%), 20–100 tys. (38%), 100–500 tys. (37,5%) oraz w mieście powyżej 500 tys. mieszkańców (9%). Tylko 2% wśród badanych stanowili respondenci, którzy wykonywali zawód medyczny. Zdecydowana większość pozytywnie oceniała stan własnego zdrowia (bardzo dobre – 24%, dobre – 62%, przeciętne – 12,7%, złe – 1,3%) oraz warunki materialne

(bardzo dobre – 11,3%, dobre – 59,8%, przeciętne – 27,7%, złe – 1,2%).

Wyniki badań

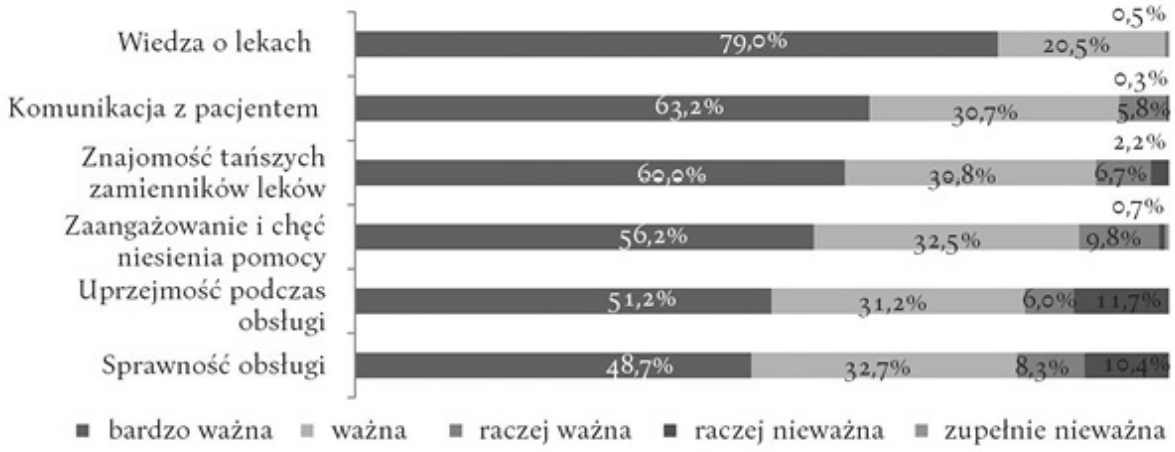
Kim jest zatem dla Polaków farmaceuta zatrudniony w aptece? Bez najmniejszych wątpliwości jest osobą wykwalifikowaną do sprzedaży leków: tak stwierdza największy odsetek badanych – 71,2%; z kolei 14,2% respondentów zdaje się całkowicie deprecjonować kompetencje farmaceuty w obszarze zdrowia i choroby, uznając, że jest on zwykłym sprzedawcą. Przedsiębiorcę, który zabiega o zysk apteki, widzi w farmaceucie tylko 2,3% badanych, zaś osobę mogącą zastąpić lekarza w początkowym okresie leczenia jedynie 1,8%. Warto natomiast podkreślić, że dla co dziesiątego badanego Polaka aptekarz może być doradcą w sprawach zdrowia i choroby (rysunek 1).


Doradca w sprawach zdrowia; 10,5%
Przedsiębiorca dbający o zysk apteki; 2,3%
Osoba mogąca zastąpić lekarza w początkowym okresie leczenia; 1,8%
Zwykły sprzedawca; 14,2%
Osoba wykwalifikowana do sprzedaży produktów medycznych; 71,2%

Rysunek 1. Rola zawodowa farmaceuty w opinii Polaków

Źródło: opracowanie własne.

W świetle powyższych opinii spójna wydaje się ocena najistotniejszych kompetencji niezbędnych farmaceucie w pracy w aptece. Skoro ma być on osobą wykwalifikowaną do sprzedaży leków, to najważniejsza jest w tej sytuacji wiedza o sprzedawanych produktach, czyli przede wszystkim lekach – stwierdziło tak 79% respondentów. Prawie dwie trzecie badanych za najważniejsze uznało kompetencje w zakresie komunikacji z pacjentem (63,2%), zaś 60% wskazało, że znajomość tańszych zamienników jest najistotniejsza dla farmaceuty zatrudnionego w aptece. Opinie respondentów prezentuje rysunek 2.



Rysunek 2. Najważniejsze atrybuty farmaceuty zatrudnionego w aptece

Źródło: opracowanie własne.

Ocena funkcji apteki[7] jako placówki zdrowia publicznego jest spójna z poprzednimi opiniami Polaków. Zdecydowana większość badanych (84%) uważa, że apteka jest miejscem, w którym pacjenci kupują leki. Co więcej, co dziesiąty ankietowany sądzi, że jest to drogeria albo sklep, w którym oprócz innych produktów sprzedawane są leki. Jeśli dodamy do tego 13% odpowiedzi respondentów, którzy w aptece ogólnodostępnej widzą przedsiębiorstwo konkurujące z innymi podmiotami i zabiegające o zysk na rynku ekonomicznym – uzyskujemy obraz apteki raczej jako podmiotu ekonomicznego niż placówki ochrony zdrowia. Słabo uświadomiona jest funkcja apteki jako miejsca, w którym pacjenci uzyskują poradę dotyczącą leczenia – jedynie 8,7% w ten sposób ocenia aptekę ogólnodostępną,

a podobny odsetek badanych (8%) uważa, że jest to miejsce, w którym zapadają ważne decyzje dotyczące zdrowia pacjentów. W sumie 16% respondentów dostrzega w farmaceucie profesjonalistę w sprawach zdrowia i choroby. Co interesujące – w świadomości pewnego odsetka badanych (8,7%) apteka pełni tradycyjną funkcję miejsca, w którym wytwarzane są leki przepisane przez lekarza.

Przedsiębiorstwo, które zabiega o zysk
13,0%
Miejsce, w którym pacjenci kupują leki
84,3%
Miejsce, w którym zapadają ważne decyzje dotyczące zdrowia pacjentów
8,0%
Miejsce, w którym wytwarzane są leki przepisane przez lekarza
8,7%
Miejsce, w którym pacjenci uzyskują poradę dotyczącą sposobu leczenia
Drogeria/sklep, w którym oprócz innych towarów są również inne leki
10,5%

Procenty nie sumują się do 100, gdyż respondenci mieli możliwość wyboru nie więcej niż dwóch odpowiedzi.

Rysunek 3. Funkcje apteki w opiniach Polaków

Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

Współczesny farmaceuta zatrudniony w aptece ma obecnie do zrealizowania szeroki zakres zadań wchodzących w skład roli zawodowej. Ustawa o izbach aptekarskich, która jest obok ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne[8] najważniejszym aktem prawnym regulującym funkcjonowanie w zawodzie, wskazuje na szereg zadań, które ma do wypełnienia farmaceuta aptekarz. Wydawanie leków i produktów leczniczych będących przedmiotem obrotu w aptekach, udzielanie informacji i porad dotyczących działania i stosowania tych produktów leczniczych, prowadzenie opieki farmaceutycznej oraz kierowanie apteką lub punktem aptecznym to tylko część z zadań farmaceuty aptekarza, którego rola w tym zakresie rośnie wraz z popularnością samoleczenia jako sposobu zaspokajana potrzeb zdrowotnych. Ogromna odpowiedzialność farmaceuty wiąże się z faktem, iż coraz częściej jest on jedyną osobą, z którą kontaktuje się pacjent przed podjęciem leczenia w sytuacji mniej poważnych (w swojej subiektywnej ocenie) problemów zdrowotnych. W sytuacji, kiedy – jak zauważa Marek Latoszek – medycyna ciągle pozostaje bierna wobec powszechności zjawiska samoleczenia warunkowanego dysfunkcjonalnością opieki zdrowotnej i kulturą zdrowotną laików[9], nieoceniona jest rola farmaceuty aptekarza. Staje się on najważniejszym doradcą pacjenta w zakresie stosowania leków, które nie podlegają reglamentacji zastrzeżonej kompetencją lekarską[10].

Jak pokazuje przykład krajów zachodnich, w których farmacja środowiskowa jest istotnym elementem systemu ochrony zdrowia, korzyści z przejęcia pewnego zakresu zadań przez farmaceutę mogą być ogromne i wpływać zarówno na poprawę jakości życia pacjentów, jak i oszczędności finansowe[11]. Trzeba jednak mieć świadomość, że nawet w tych krajach, gdzie nowe role farmaceuty w systemie medycznym rozwijają się bardzo dynamicznie, pewna część pacjentów nie jest ich świadoma, nie zawsze uznaje je za właściwe dla tego zawodu i nie korzysta w optymalny sposób z coraz szerszej oferty usług farmaceutycznych[12].

W badaniach australijskich stwierdzono np., że pomimo iż w świadomości społecznej wiodącą rolą farmaceuty jest wydawanie leków, to jednak pacjenci doceniają jego udział w podstawowej opiece zdrowotnej i wspieraniu lekarza rodzinnego, są zadowoleni z konsultacji prowadzonych w aptece[13], jednocześnie przyznając farmaceucie legitymację w zakresie wypisywania recept i udzielania porad[14], co może świadczyć o wysokim poziomie zaufania zarówno do farmaceuty, jak i jego kompetencji. Również pacjenci z innych krajów – jak wynika z badań – przyznają farmaceucie szeroki zakres zadań w opiece nad pacjentem (w tym przewlekle chorym), w doradztwie zdrowotnym i w promocji zdrowia, traktując go jako integralną część zespołu specjalistów ochrony zdrowia[15]. Cytowane wyżej badania trudno jednak odnosić do polskich realiów, bowiem

tamtejsze opinie pacjentów budowane są na bazie osobistych doświadczeń w kontaktach z farmaceutą prowadzącym opiekę farmaceutyczną, która w Polsce nie jest dostępna.

Z analizy badań przeprowadzonych wśród dorosłej populacji Polaków, potencjalnych klientów aptek, wynika jednoznacznie, że nie są oni przygotowani na to, by przekazać pewien zakres spraw związanych ze swoim zdrowiem w ręce farmaceuty. W badaniach nie jest on traktowany jako doradca w sprawach zdrowia i choroby, a jedynie jako wydawca lub sprzedawca produktów medycznych. Również apteka jest postrzegana bardziej jako punkt handlowy, w którym sprzedawany jest szczególny rodzaj towaru, jakim jest produkt leczniczy, niż placówka ochrony zdrowia.

Podobną percepcję swojej roli mają sami farmaceuci. W badaniach Janusza Iskierskiego i Agnieszki Zimmermann aż 65,6% badanych farmaceutów definiowało aptekę przede wszystkim jako miejsce, w którym pacjenci kupują leki. Z badań prowadzonych w aptekach na terenie województwa lubelskiego wynika, że sami farmaceuci również nie postrzegają siebie jako doradcy. Prawie co trzeci z nich (31,8%) istotę zawodu sprowadza do wydawania produktów leczniczych w aptece, częściej niż co czwarty (27,5%) do udzielania informacji i porad dotyczących działania i sporządzania leków, a jedynie 15,5% do doradzania pacjentom w sprawach samoleczenia.

Sprawowanie opieki farmaceutycznej jest wiodącym zadaniem farmaceuty dla nieznacznego odsetka badanych – 4%[16]. Tak definiowana przez farmaceutów koncepcja swojej roli ma duży związek z ich jaźnią odzwierciedloną. Uważają, że są traktowani przez pacjentów jedynie jako osoby posiadające kwalifikacje do sprzedaży produktów medycznych (36,9%) czy też po prostu jak zwykli sprzedawcy (21,9%)[17].

Jak wynika z badań własnych, Polacy są konsekwentni w ocenie zawodu farmaceuty i jego roli w systemie ochrony zdrowia, uznają go za osobę wykwalifikowaną do sprzedaży leków, a w ocenie niezbędnych do pracy w aptece zasobów za najistotniejsze uważają te, które są potrzebne w kontakcie z klientem, jak wiedza o sprzedawanych produktach (medycznych), komunikacja z klientem oraz znajomość tańszych zamienników leków. W świadomości Polaków daje się zauważyć rozdzielenie apteki jako przedsiębiorstwa oraz roli zatrudnionego tam farmaceuty. O ile sporadycznie postrzegają oni rolę farmaceuty w kategorii przedsiębiorcy, to już apteka jest znacznie częściej traktowana jako przedsiębiorstwo zabiegające o zysk ekonomiczny.

Wnioski

Przeprowadzone badania socjologiczne wskazują jednoznacznie, że Polacy zawężają rolę farmaceuty do klasycznego jej ujęcia – „dysponenta środków leczniczych”. Rola farmaceuty jako doradcy jest słabo uświadomiona: w społecznym odbiorze jest on jedynie wydawcą leków i sprzedawcą wykwalifikowanym do sprzedaży szczególnego rodzaju produktów znajdujących się w obrocie aptecznym.

Takie postrzeganie zawodu farmaceuty jest dużym wyzwaniem dla samorządu aptekarskiego oraz całego środowiska zawodowego. Można bowiem zaryzykować stwierdzenie, iż ten obraz jest konsekwencją niedoinformowania opinii publicznej na temat kompetencji, poziomu wiedzy profesjonalnej oraz możliwości szerszego udziału farmaceuty w pracy na rzecz zdrowia pacjenta. Dominuje klasyczne postrzeganie zawodu, zawężające i ograniczające zakres działalności farmaceuty pracującego w aptece do pracy z lekiem (wytwarzanie, wydawanie, monitorowanie jakości), ewentualnie poszerzone o udzielanie informacji na temat produktu leczniczego. Środowisko aptekarzy musi mieć jednak świadomość że dla realizacji wąskiej roli dystrybutora i wydawcy leków nie ma już warunków – ani instytucjonalnych, ani społecznych. Chcąc być znaczącym zawodem w systemie ochrony zdrowia, farmaceuci muszą podjąć wysiłek poszerzenia zakresu swojej roli i przekonania o swoich kompetencjach podstawowego jej odbiorcę jakim jest pacjent/klient apteki.

W dyspensowaniu środków leczniczych może bowiem z powodzeniem zastąpić farmaceutę technik farmacji, którego zakres zadań realizowanych w aptece już teraz realnie niewiele różni się od zadań magistra farmacji.

The range of contemporary pharmacist's role in public opinion

Summary

The social role of pharmacists has not been the subject of systematic sociological analysis within Polish sociolog. The changing position of pharmacists among the other medical professions, their increased participation in the therapeutical process, and the privatization of pharmacies have resulted in a transformation of pharmacists into entrepreneurs who have become active participants in the socio-economical process. The dynamic development of the pharmaceutical trade, an increasing number of self-mutilations in patients? and overall dysfunctionality of the Polish health institutions contribute to the redefinition of pharmacists' role and increase their importance in public and individual patients' health's shaping. Social reforms, pharmacies' proprietary changes and development of social expectations make pharmacists responsible not only for the sale of medicine but also for carrying out the role of health consultants. The research aimed to describe and interpret the role of pharmacists and conditions of their performance conducted from the point of view of a potential patient/customer. The basis for the analysis are the results of the nationwide survey. The study was conducted on a representative sample of Poles with the use of a questionnaire interview.

Keywords: social role of a pharmacist, pharmaceutical care, pharmacy

DR N. HUM. ANITA MAJCHROWSKA –
Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

1 E. Rutkowska, *Kwestia aptek w projektach ustaw dotyczących naprawienia krzywd dawnych właścicieli mienia przejętego przez państwo polskie w latach 1944–1962*, „Farmacja Polska” 2010, nr 66 (7), s. 498–502; taż, *Polityka władz państwowych w Polsce wobec aptek i aptekarstwa w latach 1944–1951*, Warszawa 2009, s. 85–90.

2 J. Iskierski, A. Zimmermann, *Społeczna rola zawodu aptekarza w oczach własnych i pacjentów*, „Farmacja Polska” 2006, nr 5, s. 210–217.

3 J.F. Bergmann, *Self-medication: from European regulatory directives to therapeutic strategy*, „Fundamental & Clinical Pharmacology” 2003, vol. 17 (3), s. 275–280.

4 *The role of the pharmacist in self-care and self-medication. Report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist*, The Hague, The Netherlands, Department of Essential Drugs and Other Medicines World Health Organization 1998.

5 Tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 1496 ze zm.

6 K. Szalonka, *Opieka farmaceutyczna jako innowacyjny instrument konkurowania na rynku aptecznym*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Ekonomiczne Problemy Usług” 2010, nr 55, s. 91–103; M. Waszyk-Nowaczyk, M. Simon, *Problemy związane z wdrażaniem opieki farmaceutycznej w Polsce*, „Farmacja Polska” 2009, nr 65 (10), s. 713–716; A. Skowron, B. Rybka, *Bariery* we *wprowadzaniu opieki farmaceutycznej* w *Polsce*, „Farmacja Polska” 2011, nr 67 (4), s. 217–221.

7 Inspiracją dla pytania o funkcje, jakie pełni apteka dla pacjentów, było badanie przeprowadzone w 2005 r. wśród farmaceutów aptekarzy z terenu Trójmiasta: J. Iskierski, A. Zimmermann, *Społeczna rola zawodu aptekarza*, dz. cyt., s. 210–217.

8 Tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 2211 ze zm.

9 M. Latoszek, *Społeczna rola zawodu aptekarza na tle zastosowań opieki farmaceutycznej*, „Farmacja Polska” 2002, nr 58 (15), s. 746–752.

10 L. De Bolle, E. Mehuys, T. Christiaens i in., *Characterisation of patient encounters in community pharmacies (with special focus on self-medication)*, „International Journal of Pharmacy Practice" 2015, vol. 23 (3), s. 228–231.

11 L.R. Etemad, J.W. Hay, *Cost-effectiveness analysis of pharmaceutical care in a Medicare drug benefit program*, „Value In Health" 2003, vol. 6 (4), s. 425–435; R.J. Cooper, J. Tsoneva, *Benefits and tensions in delivering public health in community pharmacies – a qualitative study of healthy living pharmacy staff champions*, „International Journal of Pharmacy Practice" 2017, vol. 25 (5), s. 351–357.

12 J.C. Schommer, M.M. Worley, A.L. Kjos i in., *A thematic analysis for how patients, prescribers, experts, and patient advocates view the prescription choice process*, „Research in Social and Administrative Pharmacy" 2009, vol. 5 (2), s. 154–169; J. Schommer, C.A. Gaither, *A segmentation analysis for pharmacists' and patients' views of pharmacists' roles*, „Research in Social and Administrative Pharmacy" 2014, vol. 10 (3), s. 508–528.

13 E.C. Tan, K. Stewart, R.A. Elliott i in., *Pharmacist consultations in general practice clinics: the pharmacists in practice study (PIPS)*, „International Journal of Pharmacy Practice" 2013, vol. 10 (4), s. 623–632.

14 K. Hoti, J. Hughes, B. Sunderland, *Pharmacy clients' attitudes to expanded pharmacist prescribing and the role of agency theory on involved stakeholders*, „International Journal of Pharmacy Practice" 2011, vol. 19 (1), s. 5–12.

15 M. Vella, M. Grima, F. Wirth i in., *Consumer perception of community pharmacist extended professional services*, „Journal of Pharmaceutical Health Services Research" 2015, vol. 6 (2), s. 91–96; A. Auta, N.C. Fredrick, S. David i in., *Patients' views on their consultation experience in community pharmacies and the potential prescribing role for pharmacists in Nigeria*, „Journal of Pharmaceutical Health Services Research" 2014, vol. 5 (4), s. 233–236; V. Ekenga, J. Bailey-Wheeler, D. Sarpong i in., *Patients' perception of community pharmacists as healthcare providers and willingness to participate in pharmacist services: a pilot study*, „Journal of Pharmaceutical Health Services Research" 2018, vol. 9 (4), s. 1–4, https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jphs.12226 (dostęp: 21.09.2018).

16 A. Majchrowska, *Rola społeczna farmaceuty w zmieniającym się społeczeństwie*, w: *Zdrowie i choroba w badaniach socjologicznych*

prowadzonych na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie 1995–2013, red. W. Piątkowski, Lublin 2013, s. 155–177.

17 Tamże.

Joanna Piechowska,
Grażyna Iwanowicz-Palus,
Agnieszka Bień,
Agnieszka Pieczykolan

Zawód położnej w publicznej opiece zdrowotnej – ewolucja ustawodawstwa na przestrzeni lat

Wstęp

Zawód położnej jest jednym z najstarszych zawodów na świecie. Początkowo położna (nazywana „babą” lub „akuszerką”) asystowała kobietom pochodzącym z różnych środowisk przy porodzie, pomagając im w tym trudnym momencie, oraz wspierała je na wszystkich etapach ich życia (od narodzin aż po okres starczy). Z upływem czasu oraz wraz z rozwojem medycyny położne stały się wykwalifikowanymi pracownikami medycznymi, udzielającymi profesjonalnej opieki medycznej w okresie prokreacyjnym, w ciąży, podczas porodu oraz okresu

macierzyństwa – przestały być postrzegane jako personel pomocniczy[1]. Obecnie położne mogą świadczyć usługi medyczne pacjentom w szpitalach, przychodniach, specjalistycznych poradniach oraz w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). Współczesne akuszerki podchodzą do swojej pracy holistycznie – ich działania nie dotyczą tylko sfery fizycznej, ale także psychicznej, obejmując opieką pacjentkę wraz z jej najbliższą rodziną. Przyjmując rolę nauczyciela, położne stają się promotorami zdrowego stylu życia wśród społeczeństwa. Niestety wiele osób, pacjentek oraz członków zespołu medycznego biorącego udział w opiece nad kobietą, nie jest świadomych autonomii zawodowej położnych, przez co pojawia się konieczność promowania tego zawodu w społeczeństwie[2].

Początki zawodu położnej

Dawniej w Polsce osoby zajmujące się rodzącymi były nazywane „babami", „akuszerkach" lub „mądrymi". Najczęściej były to starsze, doświadczone kobiety, a ich praktyki oparte były na przesądach oraz wierzeniach ludowych[3].

Pierwsze polskie szkoły dla położnych utworzono w XVIII w. we Lwowie, w Grodnie, Krakowie, Wilnie, Siemiatyczach oraz w Poznaniu. Początkowo uczęszczały do nich przede wszystkim kobiety bez umiejętności czytania

i pisania. Dopiero w drugiej połowie XIX w. warunkiem przyjęcia do szkoły położnych stało się posiadanie tych umiejętności. Czas szkolenia zajmował od 4 miesięcy do 2 lat. Po tym okresie przyszłe akuszerki zdawały egzamin końcowy, składający się z części teoretycznej oraz praktycznej[4].

Wzrost liczby wykwalifikowanych położnych przyczynił się do powstawania aktów prawnych. Początkowo były to jedynie dokumenty obowiązujące lokalnie. Pierwszym aktem obowiązującym wszystkie szkolone położne był Regulamin akuszerek dla Obwodu Poznańskiego z 1827 r., składający się z 30 paragrafów – dotyczył położnych wolnopraktykujących oraz świadczących swoje usługi na wsiach i w mieście[5]. Po odzyskaniu przez Polskę niepodległości 19 lipca 1919 r. wydano Zasadniczą ustawę sanitarną, regulującą sprawy zdrowia i higieny społecznej, w tym nadzór nad praktyką położnych[6]. Kolejnym ważnym dokumentem było rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 r., które uwzględniało istotne aspekty wykonywania zawodu, w tym informacje na temat tego, kto może wykonywać zawód oraz używać tytułu położnej, opisywało obowiązki i uprawnienia położnych (tj. udzielanie wskazówek dotyczących higieny, diety kobiety ciężarnej, pomoc przy porodzie, opieka nad noworodkiem i w okresie karmienia piersią) oraz dotyczyło szkół położnych[7].

Proces edukacyjny położnych zmieniał się w przeciągu lat – w okresie II wojny światowej trwał on 3 lata. W tym czasie, ze względu na braki w personelu medycznym związane z działaniami wojennymi, porody najczęściej odbywały się w środowisku domowym, pod okiem znajomych akuszerek. Około połowy XX w. w Polsce zaczęto tworzyć izby porodowe, by unormować pracę położnych i znieść praktyki niewykwalifikowanych akuszerek. W izbach pracowały położne przyjmujące porody fizjologiczne – rodzące otrzymywały profesjonalną opiekę, a w razie konieczności były przekazywane do oddziałów szpitalnych. Wraz ze wzrostem liczby nowych szpitali i rodzących w nich kobiet (odchodzących od izb porodowych) oraz przejmowaniem opieki nad ciężarnymi przez lekarzy ginekologów samodzielność zawodowa położnej została znacznie ograniczona[8].

Ustawodawstwo polskie dotyczące położnych

Jedną z pierwszych ustaw, której celem miało być przywrócenie niezależności zawodowej, była ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 19 kwietnia 1991 r. Jej tekst jednolity z 2018 r. jest aktem prawnym obowiązującym obecnie dla obu zawodów – położnych i pielęgniarek. Określa zadania oraz zasady działania

samorządu (m.in. standardy zawodowe, standardy kwalifikacji zawodowych, stwierdzanie i przyznawanie prawa wykonywania zawodu), prawa oraz obowiązki członków samorządu, a także rolę i działanie Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Część ustawy poświęcona jest odpowiedzialności zawodowej – mowa tam o sprawowaniu przez samorząd pieczy nad wykonywaniem zawodu, karach, jakie pielęgniarka lub położna może otrzymać za błędy popełnione w związku z przeprowadzanymi czynnościami medycznymi, ale też o ustalaniu standardów postępowania oraz rozwoju zawodowego[9].

Drugim ważnym aktem prawnym dla zawodu położnej w Polsce jest wydana 15 lipca 2011 r. ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, określająca kryteria, jakie powinna spełnić osoba, aby zostać położną, a następnie uzyskać prawo do wykonywania zawodu. Ustawa definiuje także główne zasady wykonywania obu zawodów, kształcenia przeddyplomowego oraz podyplomowego (kursy kwalifikacyjne, specjalizacyjne, doszkalające i specjalizacje). Bardzo istotnym zapisem jest art. 2 tej ustawy, zgodnie z którym: „Zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi”, co oznacza możliwość niezależnej pracy, lecz wiąże się także z koniecznością oceny przez położną wykonywanych czynności – musi ona poddać analizie zasadność działania w kontekście swojej wiedzy oraz doświadczenia.

Ustawa wyznacza zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych przez pielęgniarki i położne, określa również poszczególne kompetencje oraz zadania położnej, do których należą rozpoznawanie ciąży, sprawowanie opieki nad ciężarną w przebiegu ciąży fizjologicznej, kierowanie pacjentów na niezbędne badania laboratoryjne oraz diagnostyczne, prowadzenie porodu fizjologicznego, przyjmowanie porodu naturalnego (w tym nacięcie krocza), podejmowanie działań medycznych w sytuacjach nagłych, sprawowanie opieki nad położnicą oraz noworodkiem po porodzie, promocja karmienia naturalnego, edukacja w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych lub przenoszonych drogą płciową czy realizacja zleceń lekarskich.

Nowelizacja ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 11 września 2015 r.[10] dała im możliwość wystawiania recepty na leki samodzielnie lub w ramach zlecenia lekarskiego – za wyjątkiem niektórych leków, m.in. „zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe”. W 2018 r. Minister Zdrowia wydał rozporządzenie, w którym dokładnie opisano grupy leków, wyrobów medycznych oraz środków spożywczych przepisywanych przez pielęgniarki i położne[11].

Kolejnym dokumentem legislacyjnym normującym pracę położnych jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. dotyczące rodzaju oraz zakresu

świadczeń, jakich może udzielić pielęgniarka lub położna bez zlecenia lekarskiego. Zawarto w nim wykazy świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, produktów leczniczych oraz środków pomocniczych lub badań diagnostycznych wykonywanych samodzielnie. Położna może przeprowadzić badanie fizykalne, badanie elektrokardiograficzne (EKG), wykonać gazometrię z krwi tętniczej, a także dobrać metodę leczenia rany, wykonać intubację dotchawiczą lub podać produkty krwiopochodne w sytuacji zagrażającej życiu, zmienić doraźnie dawkę leku przeciwbólowego – wszystkie powyższe czynności może realizować po uzyskaniu odpowiednich kwalifikacji w ramach kształcenia podyplomowego[12].

Kształcenie położnych – przeddyplomowe oraz podyplomowe

Zgodnie z obowiązującym prawem w Polsce położne uzyskują kwalifikacje zawodowe w momencie ukończenia szkoły policealnej – na poziomie studiów pierwszego stopnia (licencjackich) oraz drugiego stopnia (magisterskich). Program kształcenia jest dostosowany do wymagań Unii Europejskiej, tak aby położne z krajów członkowskich miały jednakowy poziom wiedzy oraz umiejętności[13].

Studia I stopnia trwają co najmniej 6 semestrów, w wymiarze minimum 4720 godzin kształcenia zawodowego. Kształcenie kliniczne obejmuje co najmniej połowę godzin dydaktycznych, a teoretyczne – przynajmniej jedną trzecią. Podczas studiów przyszłe położne zdobywają wiedzę teoretyczną oraz umiejętności praktyczne niezbędne do podjęcia pracy zawodowej po uzyskaniu dyplomu oraz do uzyskania prawa wykonywania zawodu. Podczas kształcenia klinicznego kadra nauczycielska prowadząca zajęcia na poszczególnych oddziałach zwraca szczególną uwagę na naukę kompleksowego podejścia do pacjenta przez położną jako członka zespołu medycznego. Po uzyskaniu dyplomu na poziomie licencjackim położna może udać się na studia II stopnia (w trybie stacjonarnym lub niestacjonarnym), które trwają nie krócej niż 2 lata i obejmują minimum 1300 godzin zajęć teoretycznych oraz praktycznych[14]. Po ukończeniu studiów niezbędnym krokiem do podjęcia pracy położnej jest uzyskanie prawa wykonywania zawodu od okręgowej izby pielęgniarek i położnych właściwej dla miejsca zamieszkania lub miejsca pracy – po złożeniu wymaganych dokumentów decyzję o przyznaniu prawa wykonywania zawodu podejmuje Rada Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Ukończenie studiów nie jest równoznaczne z końcem procesu nauczania. Położne mają obowiązek ciągłego uaktualniania swojej wiedzy oraz umiejętności – taką możliwość daje im kształcenie podyplomowe (kursy

kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne, kursy dokształcające oraz szkolenia specjalizacyjne), również w ramach studiów podyplomowych dotyczących ochrony zdrowia (np. zarządzanie w ochronie zdrowia, prawo medyczne). Tego rodzaju kształcenie może odbywać się w trybie stacjonarnym oraz niestacjonarnym[15].

Celem szkoleń specjalizacyjnych jest uzyskanie przez położną wiedzy oraz umiejętności w określonej dziedzinie medycznej, a zarazem zdobycie tytułu specjalisty w tej dziedzinie. Specjalizację może uzyskać położna pracująca w zawodzie przynajmniej 2 lata w przeciągu ostatnich 5 lat; trwa to nie krócej niż 15 miesięcy i nie dłużej niż 20 miesięcy. Po ukończeniu kursu kwalifikacyjnego położna uzyskuje wiedzę oraz umiejętności niezbędne do udzielenia konkretnych świadczeń zdrowotnych. Kurs kwalifikacyjny trwa nie dłużej niż 6 miesięcy i jest przeznaczony dla położnych z doświadczeniem minimum 6 miesięcy pracy zawodowej. Przeznaczeniem kursów specjalistycznych jest uzyskanie wiedzy oraz umiejętności niezbędnych do wykonania konkretnych czynności zawodowych. Kurs specjalistyczny trwa nie dłużej niż 3 miesiące. Położne biorące udział w kursach doszkalających mogą dzięki nim zgłębić lub zaktualizować wiedzę teoretyczną oraz umiejętności zawodowe.

Środowisko pracy polskich położnych

Położna podczas swojej ścieżki kariery zawodowej może podjąć pracę w wielu różnych instytucjach. Podstawowym miejscem zatrudnienia są dla niej oddziały szpitalne: patologii ciąży, traktu porodowego, położnictwa, neonatologii (w tym intensywnej opieki neonatologicznej) lub ginekologii. Jest to praca bardzo odpowiedzialna, stresująca oraz wymagająca dużo wysiłku fizycznego i psychicznego, w której bardzo często opieką nie jest objęty jeden pacjent, a dwoje – matka oraz jej dziecko. Na tym stanowisku niezbędna jest umiejętność pracy w zespole terapeutycznym, by zapewnić pacjentom opiekę medyczną na jak najwyższym poziomie. Położna, zgodnie z art. 5 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, udziela świadczeń medycznych polegających głównie na:

- prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej,
- przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych – także porodu z położenia miednicowego,
- podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy,
- sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego,

- badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji,
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
- samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

W ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej zostały również określone inne miejsca wykonywania zawodu położnej – oprócz szpitala istnieje możliwość podjęcia pracy w przychodni (w zespole podstawowej opieki zdrowotnej – obok lekarza oraz pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej), w domach pomocy społecznej, w żłobku lub klubie dziecięcym, na uczelni jako nauczyciel akademicki lub członek zespołu prac naukowo-badawczych, w podmiotach leczniczych oraz organach administracji publicznej obejmujących nadzór nad ochroną zdrowia na stanowisku administracyjnym, w samorządzie pielęgniarek i położnych; pielęgniarka i położna mogą także prowadzić własną działalność gospodarczą – prywatną lub grupową[16].

Położna środowiskowo-rodzinna (podstawowej opieki zdrowotnej), po uzyskaniu niezbędnych kwalifikacji w postaci kursu kwalifikacyjnego, specjalizacji pielęgniarstwo rodzinne dla położnych lub wcześniej specjalizacji środowiskowej, środowiskowo-rodzinnej oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, może świadczyć

usługi zdrowotne dla pacjentów (zgodnie z ustawą o podstawowej opiece zdrowotnej). W zakresie jej działań zawiera się objęcie procesem pielęgnacyjno-opiekuńczym kobiety oraz jej rodziny w środowisku domowym, w tym m.in. wizyty patronażowe (poporodowe) nad matką oraz noworodkiem, poradnictwo laktacyjne dla kobiet karmiących piersią, świadczenia leczniczo-pielęgnacyjne nad kobietą po zabiegach ginekologicznych lub onkologicznych, edukacja związana z profilaktyką oraz promocją zdrowia. Wszystkie powyższe świadczenia zdrowotne realizowane są w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej[17] wskazują, iż położna może być także zatrudniona w domu pomocy społecznej jako pracownik medyczny na stanowisku położnej, wykonujący czynności zgodnie z nadanymi uprawnieniami – dotyczy to zwłaszcza procedur samodzielnie realizowanych w obszarze świadczeń leczniczych, diagnostycznych, zapobiegawczych oraz rehabilitacyjnych, a także na podstawie zleceń lekarskich (w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji).

Zgodnie z art. 15 ust. 3 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3[18]: „W żłobku, do którego uczęszcza więcej niż dwadzieścioro dzieci, zatrudnia się przynajmniej jedną pielęgniarkę lub położną”. Położna może być zatrudniona jako opiekun w żłobku lub

klubie dziecięcym, gdzie w zakresie swojej wiedzy oraz uprawnień udziela porad rodzicom wychowanków instytucji i wykonuje czynności pielęgnacyjno-opiekuńcze nad dziećmi.

Doświadczona położna może stać się także nauczycielem dla młodych adeptów sztuki położniczej, dzieląc się swoją wiedzą i umiejętnościami. Są to osoby, które wybrały naukowo-dydaktyczną drogę zawodową na uczelniach wyższych, współuczestnicząc w rozwoju pielęgniarstwa oraz położnictwa, ale także pracujące w szpitalach lub przychodniach położne, które uczestniczą w kształceniu praktycznym studentów kierunku położnictwa.

Położna może zająć stanowisko administracyjne i kierownicze w placówkach ochrony zdrowia lub zostać członkiem samorządu pielęgniarek i położnych. W ramach zakresu wykonywanych czynności zajmuje się m.in. przedstawianiem opinii środowiska zawodowego w sprawie warunków pracy oraz płacy położnych, ocenianiem programów kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego, recenzowaniem projektów aktów prawnych związanych z zawodem lub ochroną zdrowia społeczeństwa, uczestniczeniem w komisjach konkursowych na stanowiska kierownicze, współpracą z towarzystwami naukowymi i jednostkami badawczymi w kraju oraz za granicą, prowadzeniem działalności naukowo-edukacyjno-badawczej, współdziałaniem

z organami administracyjnymi i organizacjami krajowymi oraz zagranicznymi.

W XXI w. położne stają się coraz bardziej samodzielne, zakładając własne praktyki zawodowe. Zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[19] położna może prowadzić jednoosobową działalność gospodarczą (indywidualna praktyka, indywidualna praktyka wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka, indywidualna specjalistyczna praktyka wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem) lub założyć spółkę cywilną, spółkę jawną albo spółkę partnerską (grupowa praktyka).

Podsumowanie

Zawód położnej jest zawodem zaufania publicznego, co wiąże się z postrzeganiem osób pełniących te funkcje jako potrzebnych i użytecznych dla społeczeństwa. Obecnie na mocy ustawy o zawodzie pielęgniarek i położnych jest to zawód samodzielny. W ustawie mówi się także o różnych miejscach pracy położnej, współcześnie nie jest to już tylko praca w szpitalu przy kobiecie w okresie okołoporodowym;

położne pracują w organach administracyjnych, wpływając na rozwój zawodu oraz dziedziny położnictwa, prowadzą prace naukowo-badawcze sprzyjające pozytywnym zmianom w medycynie, uczestniczą w opiece środowiskowo-rodzinnej nad pacjentem oraz jego najbliższymi, udzielając porad na podstawie rozległej wiedzy i doświadczenia.

Ciągły rozwój medycyny wymusza na położnych obowiązek aktualizowania posiadanych kwalifikacji oraz umiejętności, a co za tym idzie wpływa na wzrost zakresu ich odpowiedzialności zawodowej. Idące za tym zmiany w prawie wspomagają personel medyczny w świadczeniu usług zdrowotnych na jak najwyższym poziomie, jednocześnie wymuszając na pielęgniarkach i położnych wykonywanie większej liczby zadań związanych z dokumentacją medyczną – co skraca czas, który mogą poświęcić pacjentom, przeznaczony na edukację oraz wsparcie psychiczne. Pomimo postępu związanego z rozwojem zawodu (tj. większymi możliwościami działania przez położne, koniecznością samokształcenia), rozwojem medycyny oraz wzrostem świadomości społeczeństwa (większy odsetek pacjentów roszczeniowych), położna przestała być postrzegana jako jedyne źródło wiedzy na tematy położniczo-ginekologiczne w porównaniu do lat poprzednich. Na zakończenie można więc postawić tezę, iż niezbędne staje się promowanie zawodu położnej oraz zakresu świadczonych przez nią usług w społeczeństwie.

Midwife profession in public health care – development over the years

Summary

For thousands of years women were prepared to care for and support other women during puberty, in the pre-maternal period, during pregnancy, childbirth, postpartum and senium. These women, called “accoucheuses”, became an important part of a given community, providing support for women as well as the knowledge about natural methods of treatment or solutions to female problems. Over time, their status changed, once they began to fight for their place in the developing health system, alongside doctors, nurses and representatives of other medical professions, to provide medical services to the society at the highest possible level. Midwives began to gain professional titles and academic degrees, participate in skills development courses, create standards of patient care in various dispensary teams, and act as representatives in local governments. Currently, the profession has lost some of its social trust, despite the progress of technology and many legal acts strengthening the status of midwives in Poland. Unfortunately, a midwife is not always the person to whom the woman reports during the perinatal period, pregnancy, menopause or senium. According to studies, most respondents associate the profession with childbirth and postpartum visits in the young mother’s home, even though midwives perform numerious tasks. The aim of the study was to present the role of the midwife in every period of female life and ask whether midwives have lost their vocation or whether they should act as they acted in the past, as brave professionals, full of knowledge and empathy.

Keywords: midwife, public health care, medical profession

MGR POŁOŻN. JOANNA PIECHOWSKA –
doktorantka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Zakład Podstaw Położnictwa,

Uniwersytet Medyczny w Lublinie
DR HAB. N. O ZDR. GRAŻYNA IWANOWICZ-PALUS –
Zakład Podstaw Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
DR HAB. N. O ZDR. AGNIESZKA BIEŃ –
Zakład Podstaw Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
MGR POŁOŻN. AGNIESZKA PIECZYKOLAN –
doktorantka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Zakład Podstaw Położnictwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

1 G. Iwanowicz-Palus, J. Krysa, A. Bień, *Rola położnej rodzinnej w Polsce*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu" 2013, nr 19 (3), s. 272–278; K. Kawałek, A. Korda, W. Klimek i in., *Zadania położnej w promocji zdrowia i profilaktyce chorób*, „Journal of Education, Health and Sport" 2017, vol. 7 (8), s. 1159–1172.

2 G. Iwanowicz-Palus, E. Golonka, A. Bień i in., *Postrzeganie zawodu położnej przez społeczeństwo (Perception of midwife's profession by society)*, „Pielęgniarstwo XXI wieku" 2013, vol. 43, nr 2, s. 35–42. Zob. ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 ze zm.), ustawę z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.).

3 G. Iwanowicz-Palus, J. Krysa, A. Bień, *Rola położnej rodzinnej w Polsce*, dz. cyt., s. 272–278.

4 *Rozwój szkół położnych na ziemiach polskich od połowy XVIII do końca XIX wieku – przepisy prawne normujące pracę położnych*, w: *Zarys historii zawodu położnej*, red. E. Matuszewska, Warszawa 2012, s. 55–84.

5 Tamże, s. 55–84.

6 Zasadnicza ustawa sanitarna z dnia 19 lipca 1919 r. (Dziennik Praw Państwa Polskiego Nr 63, poz. 371 ze zm.).

7 Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 r. o położnych (Dz. U. Nr 34, poz. 316 ze zm.).

8 A. Smerdka, *Samodzielność i kompetencje zawodu położnej w systemie podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu" 2015, nr 1 (42), s. 45–50.

9 Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 916 ze zm.).

10 Dz. U. poz. 1640.

11 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne (Dz. U. poz. 299).

12 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. poz. 497).

13 Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255, s. 22 ze zm.).

14 Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 345 ze zm.).

15 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. poz. 1761).

16 Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 357 ze zm.).

17 Tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 1508 ze zm.

18 Tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 409 ze zm.

19 Tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm.

Patrycja Zalewska

Refleksje nad rolą zawodową położnej. Między emancypacją a marginalizacją

W 2005 r. Międzynarodowa Konfederacja Położnych (ang. International Confederation of Midwifes – ICM) przedstawiła definicję zawodu położnej. Według niej „położna to osoba, która ukończyła pomyślnie studia położnicze (po zgodnym z zasadami przyjęciu na kurs realizujący program dla położnych oficjalnie uznanym w danym kraju), oraz zdobyła kwalifikacje uprawniające do zarejestrowania jako położna i/lub uzyskała prawo wykonywania zawodu. Położną uznaje się za odpowiedzialnego profesjonalistę, który działa we współpracy z kobietą w celu udzielenia jej koniecznego wsparcia, opieki i porad w czasie ciąży, porodu i w okresie poporodowym. Położna jest odpowiedzialna za prowadzenie porodu i zapewnienie opieki nad noworodkiem i niemowlęciem. Opieka ta obejmuje środki zapobiegawcze, wspieranie normalnego porodu, wykrywanie powikłań

u matki i dziecka, dostęp do opieki medycznej, inne czynności pomocnicze oraz wykonywanie odpowiednich działań w stanie zagrożenia. Położna wypełnia istotne zadania w poradnictwie medycznym i edukacji zdrowotnej, nie tylko w stosunku do opieki, lecz również wobec rodziny i społeczeństwa. Zadania te powinny obejmować edukację przedporodową i przygotowanie do rodzicielstwa i mogą dotyczyć również zagadnień związanych ze zdrowiem kobiety, zdrowiem seksualnym i reprodukcyjnym oraz opiekę nad dzieckiem. Położna może prowadzić praktykę w każdym środowisku, także w domu, w społeczności, w szpitalu, klinice lub ośrodku zdrowia”[1].

Zarys kształtowania się profesji położnej

Analizując współcześnie zawód położnej w ujęciu socjologicznym, należy cofnąć się do zarysu historii kształtowania się tej profesji. Od wieków kobiety były uważane „ze względów naturalnych” za bardziej kompetentne w sprawach związanych z chorobami i leczeniem. Szczególne umiejętności przypisywano matkom i babkom, które posiadały największe doświadczenie na tym polu. Kobiety z powodu swej fizjologii (m.in. menstruacja, poród, połóg) oraz sprawowania opieki nad niemowlętami stały się kompetentnymi przedstawicielkami ówczesnej „opieki zdrowotnej”[2]. Zwyczajowo zajmowały się rodzącą

kobietą, wprowadzając elementy magiczne oraz swoiste rytuały[3]. Można rzec, iż działalność położnicza obejmowała doświadczenia praktyczne, takie jak ziołolecznictwo, wraz z pierwiastkiem taumaturgicznym i mistycznym. Działalność położnicza była więc domeną kobiet najstarszych z rodu, tzw. babek[4]. Oznaki rywalizacji pomiędzy kobietami a mężczyznami opiekującymi się rodzącymi można znaleźć już w XV w. Rozwój wiedzy z zakresu anatomii, fizjologii, a także poznawanie mechanizmów porodu spowodowały zwiększenie zainteresowania mężczyzn porodami. W owym czasie konflikt pomiędzy położnymi a lekarzami się zaostrzył. Położne nie miały wykształcenia medycznego, wiedzę czerpały z doświadczenia zdobytego przy przyjmowaniu kolejnych porodów. Mężczyźni natomiast manifestowali swoją przewagę posiadaniem „wiedzy naukowej” i „profesjonalnością”. Wynalezienie znieczulenia stosowanego przez położników, które łagodziło bóle porodowe, nasiliło rywalizację. Odkrycie eteru, a później chloru wyznaczyło kolejne etapy postępu w dziedzinie położnictwa. Znieczulenie mogli oferować tylko lekarze, a korzystały z niego jedynie kobiety zamożne. Spowodowało to sytuację, w której asysta przy porodach stawała się dochodowym zajęciem. W ten sposób lekarze położnicy na wiele lat zdominowali opiekę nad kobietami z wyższych warstw społecznych[5].

Profesjonalne kształcenie położnych zaczęto rozwijać dopiero pod koniec XVIII w. Od tego momentu uwidacznia się podział na akuszerki[6] – kobiety posiadające wykształcenie medyczne, wyspecjalizowaną wiedzę, niosące fachową pomoc kobiecie ciężarnej, oraz „babki" – odbierające porody, stosujące ludowe metody łagodzenia bólu, korzystając przy tym ze swojego wieloletniego doświadczenia i intuicji. Doprowadziło to do pogłębienia rywalizacji obu grup, albowiem usługi „babek" były dużo tańsze niż akuszerek. Naturalnym środowiskiem ich działalności były obszary wiejskie, co wiązało się z mniejszą opłatą za usługę, a także z małą dostępnością profesjonalnych położnych[7]. Szacuje się, iż w okresie międzywojennym położna praktykująca w dużym mieście odbierała około 20 porodów rocznie, podczas gdy na wsi było to około 255 porodów[8].

Rywalizacja nasiliła się, gdy położne zaczęły walczyć o swoją pozycję, organizując związki zawodowe oraz starając się zlikwidować „położnicze partactwo"[9]. W literaturze pojawiają się różne przykłady braku kompetencji tzw. babek: „babka (…) zabrała się do wyciągnięcia łożyska ciągnąc za pępowinę, która się urwała"[10]. „Dziecko urodziło się o 9 rano. (…) Łożysko do godziny 2 po południu jeszcze nie wyszło". „Kobieta rodziła już pięć dni, chłopi za radą «babek» brali ją na ręce i huśtali, potem na stół ją kładli w progu, a gdy poród nie ustępował, położyli rodzącą na końskim gnoju, żeby się

«rozgrzała», ale i to nie pomogło, Wtedy inna «babka» doradziła, żeby wzięli kurzego gnoju, bo ten lepiej grzeje”[11]. Pomimo tego aż do II wojny światowej „babki” cieszyły się popularnością wśród ludności, głównie z powodu tańszych usług, niskiego zaufania wobec położnej nieznanej w lokalnym środowisku czy po prostu braku wiedzy[12].

Samodzielność położnych a medykalizacja porodu

Do momentu wejścia w życie ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej[13] położne zależały od lekarzy, współpracując z nimi na wielu płaszczyznach. Prace położnych w izbach porodowych w latach 50. i 60. XX w. wykonywane były samodzielnie, jednak to lekarz formalnie zajmował stanowisko nadrzędne. Dla kobiet przyjmujących porody taki podział obowiązków był wówczas satysfakcjonujący, albowiem odpowiedzialność formalnie spoczywała na lekarzu położniku[14]. W tym miejscu warto zwrócić uwagę na wpływ procesu medykalizacji na rolę położnej w opiece nad kobietą ciężarną. Według socjologa medycyny Petera Conrada medykalizacja to „definiowanie problemu w terminologii medycznej, używanie medycznego języka do opisu problemu, adaptacja ram medycznych do zrozumienia

problemu lub korzystanie z medycznych interwencji w celu jego rozwiązania”. Autor podkreśla, że „jest to socjokulturowy proces, w którym mogą, bądź nie, uczestniczyć przedstawiciele profesji medycznej”[15].

Medykalizacja opieki okołoporodowej sprowadza się głównie do nadmiernego stosowania interwencji technologicznych. Przykładem tego typu praktyk są dane WHO dotyczące cięć cesarskich w drugiej połowie XX w., według których liczba tych zabiegów wzrosła ponaddwukrotnie[16]. W takiej sytuacji rola położnych jako profesjonalistek w opiece okołoporodowej ulega ograniczeniu i sprowadza się jedynie do asystowania podczas operacji (cięcia cesarskiego) lub przy porodzie zabiegowym (kleszcze położnicze, vaccum – próżnociąg położniczy). Niektóre położne wykorzystując w swojej pracy metody określane jako „bliskie naturze” oraz intuicję, opierają się trendom medykalizacji, oferując mniejszą liczbę procedur medycznych, przez co pośrednio „demedykalizują” poród w szpitalu. Innym przykładem próby demedykalizacji jest przyjmowanie przez położne porodów domowych[17]. Prowadzenie takich porodów nie zawsze budzi w środowisku medycznym przychylne opinie, głównie ze względu na możliwe powikłania.

Relacje położnych z lekarzami – wybrane elementy

Warto zwrócić uwagę na zmiany dotyczące pozycji zawodu położnej wśród innych profesji medycznych, a także ewolucję ich kompetencji. Na początku XX w. większość dzieci rodziła się w domach. Trend ten został pół wieku później odwrócony w Polsce, w innych krajach Europy Zachodniej i Stanach Zjednoczonych[18]. Miejsce odbierania porodu stało się jednym z pól rywalizacji położnych z lekarzami. Dowodem na to mogą być przytaczane przez Steffie Goodman wypowiedzi położnych: „Wiele lat temu, miałam swoje pierwsze spotkanie z byłym przewodniczącym oddziału położniczego. Pierwszą rzeczą, którą mi powiedział było: «Nie jestem chętny by zrezygnować z wpływów z praktyki położniczej». (…) Dwie inne położne powiedziały: pamiętam rozmowę z dobrze znanym mi położnikiem. On stwierdził: «nie ty konkretnie jesteś problemem, ale faktem jest, że nie oferuję wszystkich usług i dopóki nie będę, nie będzie kolejnej położnej w tym szpitalu»”[19]. Cytowany lekarz boi się konkurencji ze strony położnych, posiadają one bowiem podobne kwalifikacje. Ma jednak nadzieję, że po wzbogaceniu swojej oferty o nowe procedury medyczne, których nie mogą zaproponować położne, nie będzie się obawiał zatrudnienia kolejnej położnej „do pomocy”.

Obecnie coraz więcej kobiet będących w ciąży niepatologicznej decyduje się na opiekę lekarza, który posiada specjalizację położniczą. Połowa z tych lekarzy prowadzi praktykę prywatną. Uważa się, iż Polki nie mają

dostatecznej wiedzy dotyczącej kwalifikacji położnych, które mogą otoczyć całościową opieką kobiety spodziewające się dziecka. Współcześnie w wielu krajach, również w Polsce, kobiety mogą decydować, jaki specjalista zaopiekuje się nimi w trakcie ciąży o przebiegu fizjologicznym – lekarz czy też położna. Wśród lekarzy może wzrosnąć obawa przed konkurencją ze strony położnych, które pozbawią ich monopolu na opiekę w trakcie trwania ciąży. Należy tutaj wspomnieć, iż część położnych nie wykorzystuje w pełni samodzielności zawodowej, co wiąże się z obawami przed odpowiedzialnością, przystając tym samym na dominację lekarzy[20].

Według niektórych ujęć pacjentki będące w ciąży prawidłowej fizjologicznie mają do wyboru dwa różne modele opieki, tj. model położniczy oraz model medyczny (lekarski). Pierwszy z nich charakteryzuje relację kobiety z położną, którą można nazwać partnerską. Położna współpracuje z kobietą i daje jej poczucie kontroli, sprawczości oraz odpowiedzialności za zdrowie własne i dziecka. W tym modelu poród jest nie tylko procesem fizjologicznym, lecz także przeżyciem emocjonalnym, społecznym i duchowym. W modelu położniczym to kobieta kontroluje sytuację, a decyzje podejmowane są wspólnie z mężem czy partnerem oraz położną. Z kolei w modelu medycznym w centrum działania znajdują się lekarz położnik i technologia, przez co kobieta traci kontrolę nad własnym ciałem. Lekarz zazwyczaj skoncentrowany jest

przede wszystkim na patologii, także na etapie diagnozy i interwencji[21].

Co ciekawe, w modelu medycznym poród określany jest przez „wykorzystanie ideologii rozwoju technologicznego jako źródła siły politycznej”[22]. Można zauważyć tutaj patriarchalny podział, który nobilituje jedną z płci. Człowiekiem uniwersalnym staje się mężczyzna – człowiek witruwiański Leonarda da Vinci[23]. W tym modelu ciało ludzkie traktowane jest jak wytwór technologii, przy czym w takiej perspektywie ciało męskie jest „lepsze” niż kobiece, w większym stopniu przypominając maszynę – stałą i przewidywalną, niepodatną na kaprysy natury, a przez to mniej narażoną na usterkę, czyli chorobę. Typowo kobiece organy, jak jajniki, macica czy piersi, a także charakterystyczne dla niej procesy fizjologiczne – menstruacja, ciąża, poród czy menopauza – mogą okazać się „wadliwe”[24]. Konsekwencją tej analogii są też widoczne różnice powstające przy porównywaniu ciała kobiecego z męskim wzorcem. Lekarz, pełniąc funkcję mechanika, „naprawia” zepsuty element. Lekarz położnik, operując wysoko wyspecjalizowanymi technikami, sprowadza dziecko na świat. W takim modelu szpital można porównać do fabryki, która „produkuje” piękne dzieci. Szpital jest ważniejszy od jednostki i to właśnie tej instytucji pacjent musi się podporządkować.

Analizując relacje lekarzy i położnych, warto wspomnieć o pojęciu podwójnego zamknięcia (ang. *dual*

closure) jako przykładzie projektu zawodowego. Projekt podwójnego zamknięcia ukazuje dążenia zarówno przywłaszczające, jak i wykluczające. Plany zawodowe położnych były ograniczone przez uwarunkowane płcią strategie demarkacyjne lekarzy (przede wszystkim mężczyzn), a równocześnie stanowiły one rodzaj przeciwdziałania. Położne pragnęły zwiększyć prestiż swojego zawodu i ograniczyć dostęp do tej profesji, strategia demarkacyjna wśród lekarzy obejmowała zaś działania umożliwiające współistnienie obu zawodów, w efekcie przydzielając położnym rolę mniej wykwalifikowanych specjalistów i podporządkowując je lekarzom. Odmienna od obu wymienionych wcześniej strategia rewolucyjna ma na celu przekształcenie całości relacji pomiędzy położnymi a lekarzami położnikami przez przekwalifikowanie położnych oraz zapewnienie im równorzędnej pozycji w odniesieniu do lekarzy. Położnictwo ciągle jest traktowane jako domena kobiet, ma związek z naturą, ciałem, prawidłowym porodem, zaś medycyna jest uważana za „męską” i utożsamiana z rozumem, kulturą oraz racjonalnością. Ciąża i poród kojarzą się w takim ujęciu z nieprawidłowościami. Powiązanie z patologią i odchyleniem od normy utożsamiane jest z biomedycyną, czyli czymś lepszym, bardziej profesjonalnym niż położnictwo. Konsekwencją takiego podejścia jest pozbawienie wartości fizjologii porodu i przekazanie go w ręce położnych, a równocześnie uznanie porodu

obciążonego patologiami (wymagającego opieki lekarskiej) za standardowy i bardziej wartościowy[25].

Doula jako nowy zawód w otoczeniu profesji położnych

Rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania[26] doula – asystentka kobiety w czasie ciąży i porodu – została oficjalnie włączona do klasyfikacji zawodów w Polsce.

Według stowarzyszenia Doula w Polsce „doula to wykształcona i doświadczona również w swoim macierzyństwie kobieta, zapewniająca ciągłe niemedyczne emocjonalne, informacyjne i fizyczne wsparcie dla matki i rodziny na czas ciąży, porodu i po porodzie”[27]. Doule zwykle nie posiadają medycznego wykształcenia, najczęściej jednak ukończyły różne kursy, które pozwalają na doskonalenie umiejętności i poszerzanie wiedzy na tematy związane z opieką okołoporodową. Warto zastanowić się nad swoistym fenomenem tego nowego zawodu. Personel medyczny (zarówno lekarze, jak i położne) nie poświęcają wystarczającej ilości czasu opiece nad pacjentką. Doule natomiast, towarzysząc jednej kobiecie, nie muszą dzielić swojego czasu i uwagi, ich

usługi są w pełni skoncentrowane na jednostce. Doule są jak przyjaciółki, które doradzą i otoczą wsparciem.

Specyficznym typem doul są tzw. doule aborcyjne, które pomagają kobietom przejść przez ten trudny okres, zapewniając informacje, „pomoc psychologiczną, współczucie i dobre słowo”[28].

Historia nauczyła położne walczyć o swoje prawa, a rywalizacja między nimi a lekarzami trwa nieprzerwanie do dziś. Obecnie z niechęcią często traktowane są doule, które zajmują obszar związany z opieką nad kobietą[29], dobrze znany położnym, a jednocześnie zaniedbywany przez nie z różnych powodów. Położne we współczesnym świecie powinny umieć współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych, a także poświęcać więcej czasu pacjentkom, aby nie zwracały się one w stronę lecznictwa niemedycznego, odrzucając ofertę szpitali czy ignorując profesjonalną wiedzę personelu medycznego.

Reflections on the professional role of the midwife: between emancipation and marginalization

Summary

This text shows changes taking place in one of the oldest professions in the world, that of the midwife. Nowadays, midwives are specialists who provide support and medical advice to women throughout their lives; however, they are still equated with the role undertaken when assisting in childbirth. This article is focused on the history of the profession and provides an analysis of the difficult and ever-changing relations

between midwives and doctors, “wise women” (“babki”) and (recently) doulas. It shows a variety of problems which midwives have faced throughout history. By referring to the present day, it shows various models that can be applicable in the pre- and postnatal care.

Keywords: midwife, evolution of professional roles, medicalization, professional identity

PATRYCJA ZALEWSKA –
doktorantka, Zakład Socjologii Zdrowia, Medycyny i Rodziny,
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

---

1 Zob. https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ENG%20Definition_of_the_Midwife%202017.pdf (dostęp 14.10.2018); A. Doroszewska, *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej*, „Społeczne role położnych” 2015, t. II, s. 82.

2 W. Piątkowski, *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność*, Lublin 2008, s. 204–205.

3 W. Piątkowski, *Lecznictwo niemedyczne w Polsce*, dz. cyt., s. 204–205.

4 T. Brzeziński, *Historia medycyny*, Warszawa 1995, s. 169.

5 A. Doroszewska, *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej*, dz. cyt., s. 95.

6 Historycy terminem „akuszerka” określają zarówno kobietę, która uzyskała dyplom wydany przez szkołę dla położnych afiliowaną przy Uniwersytecie Jagiellońskim lub Uniwersytecie Warszawskim, jak i wiejską kobietę, tzw. babkę, która swoje umiejętności położnicze nabyła poprzez doświadczenie i praktykę (W. Barczewski, *Praca akuszerek w Królestwie Polskim w I połowie XIX wieku. Próba oceny historycznej, prawnej i socjologicznej*, „Studia Podlaskie” 2016, t. XXIV, s. 85). W niniejszym artykule autorka przyjęła, że akuszerka to kobieta wykształcona, która ukończyła szkołę dla położnych.

7 A. Doroszewska, *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej*, dz. cyt., s. 88–90.

8 K. Maniszewski, *Rola położnej i jej praca na wsi*, „Położna” 1938, nr 1–2, s. 2–9, cyt. za: A. Doroszewska, *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej*, dz. cyt., s. 90.

9 Termin ten odwoływał się do działalności „babek”, którym zdarzało się przychodzić do rodzącej „prosto od roboty, bo gnój spod bydła wybierała”, cyt. za: Z. Karasiówna, *Pamiętnik*, Warszawa 1939, s. 20.

10 M. Sikorska, *Praktyka na wsi*, „Przegląd Akuszeryjny” 1932, nr 1, s. 7; A. Doroszewska, *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej*, dz. cyt., s. 92.

11 H. Boćkowska, *Z praktyki*, „Położna” 1931, nr 5, s. 131, cyt. za: A. Doroszewska, *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej*, dz. cyt., s. 91–92; M. Sikorska, *Praktyka na wsi*, dz. cyt., s. 7.

12 A. Doroszewska, *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej*, dz. cyt., s. 93–95.

13 Dz. U. Nr 91, poz. 410 ze zm.

14 A. Doroszewska, *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej*, dz. cyt., s. 72–73.

15 P. Conrad, *Medicalization and social control*, „Annual Review of Sociology” 1992, vol. 18, s. 209–232; M. Nowakowski, *Medykalizacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdezorganizowanego*, Lublin 2015.

16 W latach 90. zanotowano 15% ciąż, które ukończono drogą cięcia cesarskiego, a w 2016 r. było ich już 45,8%, M. Nowakowski, *Medykalizacja i demedykalizacja*, dz. cyt., s. 172–177; Fundacja Rodzić po Ludzku, *Cesarskie cięcia w Polsce*, http://www.rodzicpoludzku.pl/Interwencje/Cesarskie-Ciecia-w-Polsce.html (dostęp: 21.10.2018).

17 L. Nowakowska, *Społeczny świat kobiet rodzących w domu. Perspektywa socjologii zdrowia, choroby i medycyny*, niepublikowana praca doktorska napisana pod kierunkiem prof. nadzw. dr. hab. W. Piątkowskiego, Lublin 2016.

18 A. Doroszewska, *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej*, dz. cyt., s. 60.

19 S. Goodman, *Piercing the veil: the marginalization of midwives in the United States*, „Social Science and Medicine” 2007, no. 65, s. 616, cyt. za: A. Doroszewska, *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej*, dz. cyt., s. 60.

20 A. Doroszewska, *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej*, dz. cyt., s. 73.

21 U. Domańska, *Medykalizacja i demedykalizacja macierzyństwa*, w: W. Piątkowski, W.A. Brodniak, *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, Tyczyn 2005, s. 311–322.

22 R. Davis-Floyd, *Birth as an American rite of passage*, Berkley 2003, s. 47, cyt. za: A. Doroszewska, *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej*, dz. cyt., s. 75.

23 S. Breczko, *Socjologia ciała. Co dalej?*, „Miscellanea Anthropologica et Sociologica" 2015, nr 16 (1), s. 13–22.

24 Tamże.

25 A. Doroszewska, *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej*, dz. cyt., s. 66–70.

26 Dz. U. z 2018 r. poz. 227 ze zm.

27 Zob. http://www.doula.org.pl/kim-jest-doula (dostęp: 23.10.2018).

28 Zob. https://www.maszwybor.net/blog/?p=295 (dostęp: 23.10.2018).

29 S. Hwang, *As „doulas" enter delivery rooms, conflicts arise: hired to help in childbirth, they sometimes clash with doctors and nurses*, „The Wall Street Journal", 19.01.2004.

Patrycja Misztal-Okońska,
Mariusz Goniewicz

Ratownik medyczny – nowy zawód medyczny, historia, teraźniejszość i przyszłość

Zarys historii kształcenia w ramach nowego zawodu – ratownik medyczny

Wraz z postępem cywilizacyjnym oraz zwiększającym się dobrobytem państwa i jego obywateli w krajach rozwiniętych zrodziła się potrzeba utworzenia profesjonalnego systemu ratowania zdrowia i życia w sytuacjach nagłych. W Polsce instytucja pogotowia ratunkowego funkcjonowała już od 1881 r. (najpierw w Krakowie), jednak sama idea utworzenia nowego zawodu ratownika medycznego została zrealizowana dopiero w 1992 r. Inicjatorami utworzenia nowego kierunku kształcenia byli prof. Witold Jurczyk, konsultant ds. anestezjologii i intensywnej terapii, oraz mgr Krzysztof Panufnik, kierownik Szkoły Ratownictwa Wojewódzkiej

Stacji Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu, którzy swój autorski program oparli na modelach ratownictwa medycznego funkcjonujących w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii. Pomysłodawcy uzyskali zgodę na utworzenie nowego wydziału kształcenia w Medycznym Studium Zawodowym im. PCK w Poznaniu od ówczesnego dyrektora Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu dr. Jacka Marciniaka.

Następnie powołano zespół ekspertów mających przygotować program nauczania przyszłych ratowników medycznych. Dokument z programem kształcenia został skierowany do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej oraz do Centrum Metodycznego Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego w Warszawie. Po zapoznaniu się z dokumentem oraz po konsultacji z Ministrem Edukacji Narodowej Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej zatwierdziło do próbnego wdrożenia program nauczania oraz powołało specjalną komisję programową, która 22 maja 1992 r. przedstawiła podstawę programową dla zawodu ratownika medycznego. Z dniem 1 września 1992 r. utworzono Wydział Ratowników Medycznych w Medycznym Studium Zawodowym (MSZ) im. PCK w Poznaniu[1].

W dniu 21 czerwca 1994 r. pierwsi absolwenci otrzymali dyplom ukończenia kierunku ratownictwa medycznego w MSZ[2]. Za przykładem poznańskiego Medycznego Studium Zawodowego kolejne medyczne

szkoły policealne w kraju rozpoczęły tworzenie wydziałów ratowników medycznych.

Niestety wraz z wykształceniem pierwszych absolwentów ratownictwa medycznego pojawił się problem z określeniem ich miejsca na rynku pracy. Brak odpowiednich regulacji prawnych w zakresie obowiązków nowej grupy zawodowej wywołał dylemat dotyczący miejsc zatrudnienia abiturientów, którzy nie posiadali uregulowanych prawnie kompetencji, np. uprawnień do podejmowania medycznych czynności ratunkowych[3]. Mimo że w obrocie prawnym funkcjonowało rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 marca 1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej[4], w którym wymieniony został zawód ratownika medycznego, to nie precyzowało ono uprawnień przedstawicieli tego zawodu. Brak jednoznacznie określonych kompetencji ratowników medycznych spowodował, że byli oni zatrudniani najczęściej jako sanitariusze. Ostatecznie zakres ich obowiązków ustalali sami pracodawcy, którzy przeważnie traktowali ich jako „noszowych”, mających pomagać personelowi medycznemu poprzez wykonywanie różnych prostych czynności takich jak noszenie sprzętu czy transportowanie pacjentów. Część pracodawców kwestię zatrudnienia i obowiązków ratowników medycznych regulowała wewnętrznymi procedurami szpitala lub

pogotowia ratunkowego, a wówczas ratownicy medyczni mogli pracować zgodnie ze swoim wykształceniem[5].

Kwestię dotyczące nowo powstałej grupy zawodowej ratowników medycznych miała określić przygotowywana ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Prace nad nią rozpoczęto w 1999 r. Równolegle z pracami nad projektem ustawy realizowano rządowy program „Zintegrowane Ratownictwo Medyczne". Przy pracach tych wzorowano się na ustawie z 1973 r. obowiązującej w Stanach Zjednoczonych. Był to pierwszy na świecie dokument określający zakres obowiązków ratowników medycznych w systemie ratownictwa medycznego[6]. W związku z pracami nad nową ustawą w roku akademickim 2000/2001 Śląska i Bydgoska Akademia Medyczna rozpoczęły kształcenie ratowników medycznych w ramach studiów licencjackich. Inicjatorem utworzenia tego kierunku studiów w 1999 r. był Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia odpowiedzialny za ratownictwo medyczne Andrzej Ryś, natomiast plan i program nauczania opracował dr hab. n. med. Krystyn Sosada. W kolejnych latach także inne uczelnie wyższe rozpoczęły kształcenie ratowników medycznych. Odbywało się ono początkowo w ramach specjalności na różnych kierunkach studiów, a następnie na powołanym stosownymi dokumentami kierunku ratownictwo medyczne – od 2005 r. w Warszawie i Szczecinie, od 2006 r. w Lublinie, Gdańsku i Poznaniu, od

2007 r. zaś w Białymstoku, Łodzi, Katowicach, Bydgoszczy, Krakowie i Wrocławiu[7].

W Lubelskiej Akademii Medycznej (obecnie to Uniwersytet Medyczny w Lublinie) od 2003 r. funkcjonowały dzienne studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo ze specjalnością ratownictwa medycznego. W celu właściwego kształcenia studentów kupiono potrzebne wyposażenie oraz zatrudniono wykwalifikowany personel dydaktyczny. Od 2004 r. przyszłych ratowników medycznych kształcono na kierunku zdrowie publiczne ze specjalizacją ratownictwo medyczne. Natomiast w 2006 r. utworzono studia I stopnia – kierunek: ratownictwo medyczne, na którym kształcenia studentów trwa nieprzerwanie do dziś. Obecnie planowanie jest utworzenie studiów II stopnia w zakresie ratownictwa medycznego.

Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym

Ostateczna wersja ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym[8] uregulowała zadania państwa w podejmowaniu medycznych działań ratowniczych wobec osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia oraz określiła, że medyczne czynności ratunkowe mogą prowadzić: lekarz,

pielęgniarka ratunkowa oraz ratownik medyczny. Niestety w związku z brakiem komplementarnego rozporządzenia do ustawy, które formułowałoby zakres kompetencji nowej grupy zawodowej, ratownicy medyczni w dalszym ciągu nie posiadali określonego zakresu uprawnień[9]. Zawód ratownika medycznego został wpisany do klasyfikacji zawodów i specjalności dopiero 8 grudnia 2004 r., zgodnie z rozporządzeniem Ministra Gospodarki i Pracy w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania[10], pod pozycją 322905, jako średni personel ochrony zdrowia gdzie indziej niesklasyfikowany. Artykuł 43 ust. 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym stanowił, że od dnia 1 stycznia 2004 r. nie przeprowadza się naboru do policealnych szkół dla ratowników medycznych, ponieważ założono docelowe kształcenie ratowników medycznych w systemie szkolnictwa wyższego. Jednakże inny akt prawny – ustawa z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego[11] – wstrzymał wejście w życie art. 43 ustawy i kształcenie w medycznych szkołach policealnych trwało do 2014 r. (ostatnią rekrutację przeprowadzono w roku szkolnym 2012/2013)[12].

Wśród wielu przyczyn takiego stanu rzeczy wymieniano konieczność uzupełnienia wykształcenia przez sanitariuszy i kierowców ambulansów pogotowia ratunkowego, tak by mogli oni nadal pracować w systemie ratownictwa medycznego.

Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym weszła w życie w ograniczonym zakresie w styczniu 2003 r. i w takim stanie obowiązywała aż do 31 grudnia 2006 r.[13] Brak odpowiednich aktów prawnych rodził kolejne problemy związane z kształceniem i wykonywaniem zawodu przez ratowników medycznych. Uczelnie musiały opracować plany i programy nauczania, nie posiadając standardów kształcenia dla tego zawodu, a studenci w dalszym ciągu nie wiedzieli, gdzie konkretnie po ukończeniu tego kierunku studiów będą mogli pracować oraz jaki będzie ich zakres kompetencji[14]. Dopiero z chwilą wejścia w życie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym[15] (obowiązującej od 1 stycznia 2007 r.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego[16], zakres kwalifikacji oraz obowiązków ratowników medycznych został uregulowany.

Zgodnie z tymi aktami prawnymi pewne procedury ratownicy medyczni mogli wykonywać samodzielnie, a inne na zlecenie lub pod nadzorem lekarza. Ustawa usystematyzowała jednostki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, dzieląc je na szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) i zespoły ratownictwa medycznego (ZRM), czyli działające dotychczas karetki pogotowia ratunkowego, uszczegółowiła także zasady funkcjonowania

systemu. Stworzono zespoły ratownictwa medycznego (karetki) bez lekarza, czyli podstawowe (P), czym dano ratownikom medycznym nowe możliwości zatrudnienia, ale jednocześnie postawiono przed nimi wysokie wymagania. W następnych latach znowelizowano rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego, rozszerzając zakres czynności wykonywanych przez ratowników medycznych[17].

Zawód ratownika medycznego – aktualna sytuacja

Obecnie, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania[18], zawód „ratownik medyczny" znajduje się na pozycji 325601. Obowiązująca ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym[19] oraz akty wykonawcze do tej ustawy zostały kilkakrotnie znowelizowane, przez co ponownie rozszerzyły się obowiązki i kompetencje ratowników medycznych. Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych

ustaw[20], która weszła w życia 2 grudnia 2015 r., określiła obowiązujące zasady wykonywania zawodu ratowników medycznych. Zgodnie z art. 11 ust. 1 znowelizowanej ustawy do kompetencji ratownika medycznego należy w szczególności:

1) udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym medycznych czynności ratunkowych udzielanych samodzielnie lub na zlecenie lekarza;

2) zabezpieczenie osób znajdujących się w miejscu zdarzenia oraz podejmowanie działań zapobiegających zwiększeniu liczby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;

3) transportowanie osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;

4) udzielanie wsparcia psychicznego w sytuacji powodującej stan nagłego zagrożenia zdrowotnego;

5) prowadzenie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Zgodnie z nowym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie bez nadzoru lekarza[21], lista leków, które ratownik może samodzielnie podać, została rozszerzona do 45 pozycji oraz 2 leków, które może podać po przeprowadzeniu teletransmisji EKG i konsultacji z lekarzem oceniającym zapis EKG.

Dodatkowo rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 lipca 2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego[22], wprowadzono zapis o możliwości podania przez ratowników medycznych koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, z zasobów własnych chorego.

Przedstawiając zakres zadań i kompetencji, jakie aktualnie posiadają ratownicy medyczni, warto również wymienić szeroki wachlarz medycznych czynności ratunkowych, które mogą oni wykonywać samodzielnie. Do czynności tych należą:

1. Ocena stanu pacjenta.
2. Układanie pacjenta w pozycji właściwej dla stanu pacjenta lub odniesionych obrażeń.
3. Podjęcie i prowadzenie podstawowej i zaawansowanej resuscytacji krążeniowo-oddechowej zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.
4. Bezprzyrządowe przywracanie drożności dróg oddechowych.
5. Przyrządowe przywracanie i zabezpieczanie drożności dróg oddechowych z zastosowaniem w szczególności:
   - rurki ustno-gardłowej,
   - rurki nosowo-gardłowej,
   - przyrządów nadgłośniowych,

- konikopunkcji.

6. Odsysanie dróg oddechowych.
7. Podjęcie tlenoterapii czynnej lub wspomagania oddechu lub sztucznej wentylacji płuc metodami bezprzyrządowymi i przyrządowymi, z użyciem tlenu lub powietrza, w tym z użyciem respiratora.
8. Wykonanie intubacji dotchawiczej i prowadzenie wentylacji nieinwazyjnej w nagłym zatrzymaniu krążenia.
9. Wykonanie defibrylacji manualnej na podstawie EKG lub zapisu kardiomonitora.
10. Wykonanie defibrylacji zautomatyzowanej.
11. Wykonanie przezskórnej elektrostymulacji serca w bradyarytmiach, w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie.
12. Wykonanie kardiowersji w tachyarytmiach, w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie.
13. Wykonanie i ocena zapisu EKG.
14. Monitorowanie czynności układu oddechowego.
15. Monitorowanie czynności układu krążenia metodami nieinwazyjnymi.
16. Wykonanie kaniulacji żył obwodowych oraz żyły szyjnej zewnętrznej.
17. Wykonanie dojścia doszpikowego przy użyciu gotowego zestawu.
18. Podawanie leków drogą dożylną, domięśniową, podskórną, doustną, podjęzykową, wziewną, dotchawiczą, doodbytniczą oraz doszpikową.

19. Odbarczenie odmy prężnej drogą nakłucia jamy opłucnowej.
20. Oznaczanie parametrów krytycznych z użyciem dostępnego sprzętu.
21. Opatrywanie ran.
22. Tamowanie krwawień zewnętrznych.
23. Unieruchamianie złamań, zwichnięć i skręceń.
24. Unieruchamianie kręgosłupa ze szczególnym uwzględnieniem odcinka szyjnego.
25. Przyjęcie porodu.
26. Wykonanie segregacji medycznej pierwotnej i wtórnej.
27. Przygotowanie pacjenta do transportu i opieka medyczna podczas transportu.
28. Wykonanie pomiaru temperatury głębokiej.
29. Podawanie wyszczególnionych w rozporządzeniu leków.

Ponadto ratownicy medyczni, podobnie jak lekarze, muszą w ciągu 5 lat uzbierać 200 punktów edukacyjnych na drodze samodoskonalenia zawodowego. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 października 2017 r. w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych[23] mogą oni uzyskać punkty edukacyjne poprzez: kursy zakończone egzaminem, udział w seminarium, udział w kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum oraz dodatkowe punkty za przedstawienie referatu, udział w posiedzeniach szkoleniowych, branie czynnego udziału w warsztatach szkoleniowych i innych formach szkoleń organizowanych przez pracodawcę, udział

w kursach realizowanych za pośrednictwem środków przekazu telewizyjnego i sieci internetowej, publikacje naukowe, uzyskanie stopnia naukowego doktora i wyższego, udział w mistrzostwach lub zawodach ratownictwa medycznego oraz samokształcenie przygotowujące do właściwej realizacji zadań w ramach prowadzenia szkoleń dla ratowników medycznych.

Ważny kontekst dla wykonywania zawodu ratownika medycznego stanowi art. 10h ust. 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zgodnie z którym jeżeli ratownik medyczny spełniający warunki, o których mowa w art. 10, nie wykonuje zawodu przez udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez okres dłuższy niż 5 lat łącznie w okresie ostatnich 6 lat, a zamierza podjąć wykonywanie zawodu ratownika medycznego polegające na udzielaniu tych świadczeń, jest obowiązany do odbycia przeszkolenia. Przeszkolenie trwa 6 miesięcy i jest realizowane w podmiocie leczniczym będącym dysponentem jednostki, w pełnym wymiarze czasu pracy, przez udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pod nadzorem innego ratownika medycznego lub lekarza systemu, lub pielęgniarki systemu, posiadających co najmniej pięcioletnie doświadczenie zawodowe.

Profesjonalizm osób wykonujących zawód ratownika medycznego ma zagwarantować wprowadzenie Państwowego Egzaminu z Ratownictwa Medycznego (PERM). Obowiązek pozytywnego zdania tego egzaminu

mają osoby, które rozpoczęły studia wyższe na kierunku ratownictwo medyczne po 30 września 2018 r. Do egzaminu mogą przystąpić osoby, które pozytywnie zaliczą wszystkie egzaminy i obronią pracę dyplomową (art. 10b ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym).

Podsumowanie

Przedstawiona powyżej historia ewolucji zawodu ratownika medycznego pokazuje rozwój tej profesji w ciągu niespełna trzech ostatnich dekad – od pozycji „noszowego” do w pełni wykształconego ratownika medycznego, który może samodzielnie podejmować decyzje dotyczące wyboru zastosowanych procedur medycznych oraz podanych leków. Z roku na rok zmniejsza się liczba specjalistycznych wyjazdowych zespołów ratownictwa medycznego, w których składzie znajduje się lekarz, na rzecz zespołów podstawowych, w skład których wchodzą ratownicy medyczni lub pielęgniarki systemu. Z biegiem lat obserwujemy coraz większą profesjonalizację tego zawodu, zmiany w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz aktach wykonawczych nadają ratownikom coraz szersze kompetencje. Można spodziewać się, że w przyszłości wyjazdowe zespoły ratownictwa medycznego będą obsługiwane głównie przez ratowników medycznych.

Rozpatrując zawód ratownika medycznego jako nowo powstałej profesji wśród zawodów medycznych, warto również zwrócić uwagę na postrzeganie go w opinii społecznej. Według badań CBOS z 2013 r. do wysoko cenionych zawodów należą: strażak, profesor uniwersytetu, robotnik wykwalifikowany, górnik, inżynier pracujący w fabryce, pielęgniarka, nauczyciel i lekarz[24]. Strażak, pielęgniarka oraz lekarz to zawody szanowane z uwagi na ich specyficzny charakter – służbę człowiekowi. W badaniach CBOS dotyczących opinii społecznej na temat zawodów zaufania publicznego z 2004 r. ratownicy medyczni nie zostali w ogóle wymienieni w rankingu[25], podobnie było w badaniach dotyczących prestiżu zawodów z 2013 r. Trudne początki zawodu ratownika medycznego – niejednolita forma kształcenia, niejasność zakresu obowiązków i posiadanych kwalifikacji – spowodowały, że zawód ten nie był odbierany społecznie jako cieszący się wysokim poziomem zaufania czy prestiżem. Na początku wykonywanie pracy ratownika medycznego nie wymagało wysokich kwalifikacji (wystarczyła dwuletnia szkoła policealna), a jego przedstawiciele nie posiadali specyficznych kompetencji. Ich zadaniem było przede wszystkim szybkie przetransportowanie pacjenta w stanie zagrożenia życia lub zdrowia do jednostki szpitala oraz noszenie sprzętu. Z biegiem lat ich rola i kompetencje znacząco się rozwinęły. Obecnie wykonywane przez ratowników medyczne czynności ratunkowe zapewniają

profesjonalną pomoc w stanach zagrożenia życia i zdrowia. Mimo że ratownicy medyczni są obecni w Polsce już blisko 40 lat, społeczeństwo nie jest do końca świadome istotnej roli osób wykonujących ten zawód. W ostatnich kilku latach prestiż tego zawodu wzrósł, m.in. dzięki poruszaniu tej problematyki w mediach, np. w prasie, czy pokazywaniu ratowników w serialach telewizyjnych, które uświadamiają społeczeństwu, że nie są to już sanitariusze, których zadaniem był głównie transport pacjenta, ale wykwalifikowany personel medyczny ratujący życie w stanach nagłych.

Wraz ze zwiększeniem zakresu obowiązków i wymagań, a co za tym idzie poziomu stresu związanego z pracą oraz ryzyka zawodowego, ratownicy medyczni nie otrzymali dodatkowych uprawnień, np. w postaci wcześniejszej emerytury, dłuższego urlopu wypoczynkowego czy wyższych wynagrodzeń. Współczesny ratownik medyczny to osoba bardzo dobrze wykształcona, posiadająca umiejętność komunikowania się z poszkodowanym i zdolność współpracy z innymi jednostkami (strażą pożarną, policją). Ponadto osoby te charakteryzować musi odpowiedzialność, sumienność, skrupulatność oraz zdyscyplinowanie. Warunki pracy wymagają od przedstawicieli tego zawodu również dobrego stanu zdrowia, kondycji fizycznej, odporności na sytuacje powodujące duży stres oraz umiejętności radzenia sobie z nimi[26]. Ratownicy medyczni prezentują wysoki poziom

wiedzy i umiejętności, jak również ogromną chęć do niesienia pomocy oraz podnoszenia swoich kompetencji, a wszystkie te elementy, połączone ze sobą, decydują o sprawnym funkcjonowaniu systemu reagowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia i życia, czyli systemu ratownictwa medycznego.

Paramedic – a new medical profession:
history, present and future

Summary

In 1992 paramedics started to be trained in the first post-secondary vocational school. Until 2007, that is for 19 years, paramedics did not have a legally defined set of competencies and qualifications. At that time, paramedics were perceived as hospital orderlies, and the prestige of the rescue professions was not high. With the introduction of the Emergency Medical Services Act which precisely describes the qualifications of medical rescuers, the attitude of the society and the employers towards paramedics began to change slowly. Within a short period, a completely new, and at the same time necessary medical profession was created. It is difficult to imagine the functioning of a modern medical emergency system without paramedics. Currently, paramedics are well-trained and well-educated representatives of medical personnel who independently decide on the procedures and medications necessary for patients and carry out advanced rescue operations. In the future, it is expected that the competence of this group of specialists will expand and the prestige of the profession will rise. The aim of this paper was to present the history of the paramedic profession in Poland, its contemporary shape and development prospects.

Keywords: paramedics, profession, competences, system of education

DR N. MED. PATRYCJA MISZTAL-OKOŃSKA,
DR HAB. N. MED. MARIUSZ GONIEWICZ –
Zakład Ratownictwa Medycznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

1 M. Goniewicz, *Kształcenie ratowników medycznych w Polsce – przeszłość, teraźniejszość, przyszłość*, w: *Ratownictwo medyczne – teraźniejszość i przyszłość*, red. M. Goniewicz, G. Nowicki, Lublin, 2012, s. 147–165; P. Leszczyński, J. Gotlib, R. Gałązkowski i in., *Analiza obszarowych i kierunkowych efektów kształcenia na kierunku ratownictwo medyczne w Polsce. Przegląd naukowo-metodyczny*, „Edukacja dla Bezpieczeństwa" 2015, nr 4 (29), s. 215–226; B. Łaziuk, *Jakość nauczania ratowników medycznych w obowiązującym systemie kształcenia*, rozprawa doktorska, http://www.wbc.poznan.pl/Content/366239/index.pdf (dostęp: 17.03.2019), s. 18.

2 R. Gałązkowski, P. Paciorek, *Ratownik medyczny w Polsce – aktualna sytuacja prawna*, w: *Ratownik medyczny: problemy edukacyjne i organizacyjno-prawne*, red. J. Konieczny, Poznań 2006, s. 15–16.

3 M. Goniewicz, *Kształcenie ratowników medycznych w Polsce – przeszłość, teraźniejszość, przyszłość*, dz. cyt., s. 147–165; A. Matysiak, A. Wyrozębska, *Historia zawodu ratownika medycznego*, „Medycyna – Dydaktyka – Wychowanie" 2011, nr 7–8, s. 24–27.

4 Dz. U. Nr 30, poz. 300 ze zm.

5 K. Wnukowski, Z. Kopański, G. Sianos, *Specyfika pracy ratownika medycznego*, „Journal of Clinical Healthcare" 2015, no. 3, s. 2–9.

6 A. Matysiak, A. Wyrozębska, *Historia zawodu ratownika medycznego*, dz. cyt., s. 24–27.

7 P. Leszczyński, J. Gotlib, R. Gałązkowski i in., *Analiza obszarowych i kierunkowych efektów kształcenia na kierunku ratownictwo medyczne w Polsce*, dz. cyt., s. 215–226.

8 Tekst pierwotny Dz. U. Nr 113, poz. 1207.

9 M. Goniewicz, *Kształcenie ratowników medycznych w Polsce – przeszłość, teraźniejszość, przyszłość*, dz. cyt., s. 147–165.

10 Dz. U. Nr 265, poz. 2644 ze zm.

11 Dz. U. Nr 241, poz. 2073 ze zm.

12 D. Rębak, *Ratownik medyczny – kontrowersje na temat przygotowania zawodowego*, „Studia Medyczne" t. 21, nr 1, Kielce 2011, s. 79–84.

13 M. Goniewicz, *Kształcenie ratowników medycznych w Polsce – proponowane rozwiązania*, „Nauka i Szkolnictwo Wyższe" 2010, nr 1–2 (35–36), s. 275–293; K. Wnukowski, Z. Kopański, G. Sianos, *Specyfika pracy ratownika medycznego*, dz. cyt., s. 2–9.

14 M. Goniewicz, *Kształcenie ratowników medycznych w Polsce – proponowane rozwiązania*, dz. cyt., s. 275–293.

15 Dz. U. Nr 191, poz. 1410 ze zm.

16 Dz. U. z 2007 r. Nr 4, poz. 33 ze zm.

17 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 stycznia 2009 r. zmieniające rozporządzanie w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego (Dz. U. Nr 11, poz. 64).

18 Tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 227 ze zm.

19 Tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 2195 ze zm.

20 Dz. U. poz. 1887.

21 Dz. U. poz. 587 ze zm.

22 Dz. U. poz. 1364.

23 Dz. U. poz. 1884.

24 Centrum Badania Opinii Społecznej, *Prestiż zawodów. Komunikat z badań* BS/164/2013, Warszawa 2013, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_164_13.PDF (dostęp: 18.03.2019).

25 Centrum Badania Opinii Społecznej, *Opinia społeczna na temat zawodów zaufania publicznego. Komunikat z badań*, BS/73/2004, Warszawa 2004, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2004/K_073_04.PDF (dostęp: 18.03.2019).

26 M. Goniewicz, *Kształcenie ratowników medycznych w Akademii Medycznej im. Prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie*, w: *Ratownik medyczny: problemy edukacyjne i organizacyjno-prawne*, dz. cyt., s. 31−39.

Katarzyna Mełgieś

Zawód fizjoterapeuty – aspekty prawne

Wprowadzenie

Zawód fizjoterapeuty został ujęty w ramy normatywne wynikające z zapisów ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty[1]. Weszła ona w życie 31 maja 2016 r., a towarzyszyły jej ogromne oczekiwania społeczne, w tym także ze strony środowiska zawodowego[2]. Pomimo niewątpliwych korzyści wynikających z faktu uchwalenia tego aktu, od samego początku sposób dokonania i zakres wskazanej regulacji budził zasadnicze zastrzeżenia, które dotyczyły przyjętych rozwiązań. Część z nich starają się sanować przepisy ustawy z dnia 9 listopada 2018 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw[3], które w zasadniczej większości weszły w życie 1 kwietnia 2019 r. Wszystkie unormowania mają duże znaczenie jako czynniki determinujące uzyskiwanie prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty, w tym kształcenia zawodowego, oraz wykonywanie zawodu, a także odpowiedzialność zawodową. Przepisy ustawy

regulują również zasady funkcjonowania samorządu zawodowego fizjoterapeutów. Na kształt przyjętej regulacji duży wpływ mają przepisy ustaw o działalności leczniczej[4] oraz o prawach pacjenta[5].

Zawód fizjoterapeuty jako zawód medyczny

Ustawodawca jednoznacznie przesądził, że zawód fizjoterapeuty jest samodzielnym zawodem medycznym (art. 4 u.z.f.). Stwierdzenie to pozwala wyróżnić dwa istotne elementy konstytuujące tę profesję: fizjoterapeuta został formalnie uznany za zawód medyczny[6] i jednocześnie podkreślona została jego samodzielność[7].

Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.l. zawód medyczny mogą wykonywać osoby, które są uprawnione na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz legitymują się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Tradycyjnie wyróżnia się grupę zawodów medycznych, które zostały normatywnie wyodrębnione poprzez poddanie autonomicznej regulacji prawnej, oraz tę, dla której takich uregulowań nie przyjęto[8]. Tym samym fizjoterapeuci w świetle aktualnie obowiązującego stanu prawnego są włączani do pierwszej grupy.

W definicji pojęcia „zawód medyczny” wyodrębniono kilka elementów[9]. W doktrynie prawa medycznego podkreśla się, że istotne znaczenie ma tu pojęcie „świadczenie zdrowotne”. Jego rozumienie wynika ze sposobu poddania go regulacji prawnej w różnych aktach normatywnych. Na podstawie ich analizy wywodzi się, że ustawodawca uznaje za świadczenia zdrowotne tylko zawodowe „działania medyczne”, odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, mające charakter usługi niematerialnej z możliwością zastosowania rzeczy materialnych, podejmowane tylko w celu określonym przez ustawodawcę. Osoby wykonujące działania medyczne muszą kierować się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodowe[10].

Powyższe standardy zdaje się spełniać analizowana profesja. Fizjoterapeuta ma bowiem obowiązek wykonywać swój zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo i wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej (art. 4 ust. 1 u.z.f.). Od przedstawicieli innych zwodów medycznych odróżnia fizjoterapeutów zakres swoistych świadczeń zdrowotnych i innych czynności przypisanych do tej profesji.

Zgodnie z ustawą wykonywanie zawodu fizjoterapeuty polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a w szczególności na: 1) diagnostyce funkcjonalnej pacjenta; 2) kwalifikowaniu, planowaniu i prowadzeniu

fizykoterapii; 3) kwalifikowaniu, planowaniu i prowadzeniu kinezyterapii; 4) kwalifikowaniu, planowaniu i prowadzeniu masażu; 5) zlecaniu wyrobów medycznych; 6) dobieraniu do potrzeb pacjenta wyrobów medycznych; 7) nauczaniu pacjentów posługiwania się wyrobami medycznymi; 8) prowadzeniu działalności fizjoprofilaktycznej, polegającej na popularyzowaniu zachowań prozdrowotnych oraz kształtowaniu i podtrzymywaniu sprawności i wydolności osób w różnym wieku w celu zapobiegania niepełnosprawności; 9) wydawaniu opinii i orzeczeń odnośnie do stanu funkcjonalnego osób poddawanych fizjoterapii oraz przebiegu procesu fizjoterapii; 10) nauczaniu pacjentów mechanizmów kompensacyjnych i adaptacji do zmienionego potencjału funkcji ciała i aktywności.

Zakres wymienionych czynności determinowany jest specyfiką działu współczesnej medycyny klinicznej, jaką jest fizjoterapia. Stosuje ona różne formy energii (związanej ze środowiskiem przyrodniczym człowieka), stanowiąc punkt oparcia dla rehabilitacji medycznej, a także uzupełnienie dla farmakoterapii oraz leczenia operacyjnego[11], jest utożsamiana z rehabilitacją leczniczą, a niekiedy zalicza się do niej masaż leczniczy oraz leczenie uzdrowiskowe[12].

Dodatkowo ustawa o zawodzie fizjoterapeuty za wykonywanie zawodu fizjoterapeuty uważa: 1) nauczanie zawodu fizjoterapeuty oraz wykonywanie pracy na rzecz doskonalenia zawodowego fizjoterapeutów; 2) prowadzenie

prac naukowo-badawczych w zakresie fizjoterapii; 3) kierowanie pracą zawodową osób wykonujących zawód fizjoterapeuty; 4) zatrudnienie na stanowiskach administracyjnych, na których wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, a także 5) wykonywanie czynności zawodowych określonych w art. 4 ust. 2 u.z.f., niebędących świadczeniami zdrowotnymi w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l., w podmiocie, który nie jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą[13].

Przyjęte rozwiązanie prawne, które uniemożliwia pozbawienie prawa wykonywania zawodu fizjoterapeutów zatrudnionych w podmiotach takich jak domy pomocy społecznej, placówki oświatowe, placówki sportowe czy podmioty typu spa, podejmujących często czynności identyczne z fizjoterapeutami zatrudnionymi w podmiotach leczniczych, ale niemające na celu zachowania, ratowania, przywracania lub poprawy zdrowia, przełamuje dotychczasowy sposób definiowania zawodu medycznego. W świetle przyjętych rozwiązań fizjoterapeuta, który jest przedstawicielem zawodów medycznych, może utrzymywać ten status, wykonując czynności inne niż kwalifikowane jako świadczenia zdrowotne (art. 2 ust. 2 pkt 10 u.d.l.).

Samodzielność zawodowa fizjoterapeutów

Gwarancje samodzielności zawodowej dla grupy osób wykonujących zawód fizjoterapeuty nie mają charakteru bezwzględnego. Ustawa różnicuje pozycję takich osób. Ograniczenie pełnej samodzielności w wykonywaniu zawodu medycznego tylko do pewnej grupy fizjoterapeutów wynika z dotychczasowego przyjęcia niejednolitego systemu kształcenia oraz przygotowania zawodowego i było podyktowane troską o zapewnienie odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych[14]. Prawo samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych związanych z wykonywaniem zawodu fizjoterapeuty przysługuje wyłącznie osobom spełniającym przesłankę posiadania odpowiedniego wykształcenia, w tym dodatkowo doświadczenia w zawodzie, zgodnie z warunkami wskazanymi w art. 4 ust. 4 u.z.f.[15] Ponadto w przypadku pewnej grupy osób posiadających prawo wykonywania zawodu (art. 4 ust. 5 u.z.f.) zostały wyłączone niektóre rodzaje czynności, takie jak: kwalifikowanie do fizykoterapii i kinezyterapii, zlecanie wyrobów medycznych, a także wydawanie opinii i orzeczeń odnośnie do stanu funkcjonalnego osób poddawanych fizjoterapii oraz przebiegu procesu fizjoterapii. Zgodnie z przepisami ustawy nowelizującej fizjoterapeuta nieposiadający wymaganego doświadczenia w zawodzie, określonego w ustawie, może udzielać świadczeń zdrowotnych w zakresie wynikającym z posiadanego tytułu zawodowego wyłącznie na podstawie skierowania lekarza albo innego

fizjoterapeuty posiadającego prawo samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii.

Troska o utrzymanie odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń i zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów uzasadniała wprowadzenie przez Ministra Zdrowia[16] szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty przyporządkowanych do sklasyfikowanych w tym dokumencie szesnastu grup zadań zawodowych fizjoterapeuty i określenie odpowiadającego każdej grupie zadań poziomu wykształcenia[17] niezbędnego do ich wykonywania. Wykaz ten stanowi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia. Wybór czynności determinowały wiedza i umiejętności konieczne do ich wykonywania, potwierdzone dokumentami wskazanymi w tym akcie wykonawczym.

Niezależnie od opisanych wyżej ograniczeń samodzielności fizjoterapeuta współpracuje z osobami wykonującymi inne zawody medyczne. Uwzględniając specyfikę świadczeń zdrowotnych, do udzielania których uprawnieni są fizjoterapeuci, trzeba zauważyć, że gwarancje samodzielności zawodowej powinny korespondować z gwarancją swobody wyboru metod postępowania, a także możliwością skorzystania z konsultacji. Natomiast w przypadku uzasadnionych wątpliwości odnoszących się do zaleceń w zakresie fizjoterapii fizjoterapeuta może domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego

wykonania, ma także prawo do odmowy wykonania określonego świadczenia. Odmowę fizjoterapeuta uzasadnia w dokumentacji medycznej i informuje o niej lekarza zlecającego (art. 6 u.z.f.). W tym miejscu należy także podkreślić fakt, że samodzielność zawodowa powinna być rozumiana jako wolność nieulegania mechanizmom rynkowym, naciskom społecznym lub wymaganiom administracyjnym. Fizjoterapeuta musi kierować się dobrem pacjenta, uwzględniając wskazania aktualnej wiedzy medycznej i zawodowe zasady etyczne. Warto wskazać, że samodzielność zawodowa fizjoterapeutów nie została szczególnie wyeksponowana wśród zasad etyki zawodowej fizjoterapeutów[18].

Fizjoterapeuta jako zawód regulowany

Zawód fizjoterapeuty należy do zawodów regulowanych. Są to co do zasady zawody, których wykonywanie wymaga posiadania odpowiednich kwalifikacji i dozwolone jest dopiero po spełnieniu wymogów określonych przepisami prawnymi danego państwa (takich jak zdanie egzaminu, ukończenie wymaganej praktyki zawodowej, uzyskanie wpisu na listę, ukończenie właściwego kształcenia czy szkolenia)[19]. W przypadku analizowanej grupy zawodowej tytułem fizjoterapeuty może posługiwać się jedynie osoba, która posiada prawo wykonywania zawodu. Prawo to

przysługuje temu, kto spełnia łącznie warunki określone w art. 13 ust. 1 u.z.f.

Prawo wykonywania zawodu stwierdza w drodze uchwały, na wniosek osoby zainteresowanej, Krajowa Rada Fizjoterapeutów (KRF). Na podstawie tej uchwały KRF dokonuje wpisu do Krajowego Rejestru Fizjoterapeutów i wydaje dokument potwierdzający uzyskanie przez zainteresowany podmiot prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty. Prawo to wygasa w enumeratywnie wskazanych przypadkach: śmierci, zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu, prawomocnego orzeczenia przez sąd dyscyplinarny zakazu wykonywania zawodu oraz utraty pełnej zdolności do czynności prawnych.

Ponadto fizjoterapeuta będący obywatelem państwa członkowskiego UE, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, który posiada uprawnienia do wykonywania zawodu fizjoterapeuty w którymkolwiek ze wskazanych państw, innym niż Rzeczpospolita Polska – może tymczasowo i okazjonalnie wykonywać zawód fizjoterapeuty po złożeniu oświadczenia oraz dokumentów określonych w art. 27 u.z.f., po czym zostaje wpisany do rejestru osób uprawnionych do wykonywania zawodu fizjoterapeuty tymczasowo i okazjonalnie na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej. Rejestr jest prowadzony w systemie teleinformatycznym KRF.

Prawo posługiwania się tytułem zawodowym „fizjoterapeuta” przysługuje osobie posiadającej prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty. Tytuł ten podlega ochronie prawnej. Natomiast fizjoterapeucie, który ukończył specjalizację i złożył Państwowy Egzamin Specjalizacyjny Fizjoterapeutów z wynikiem pozytywnym, oraz fizjoterapeucie, który uzyskał decyzję o uznaniu tytułu specjalisty w dziedzinie fizjoterapii, przysługuje prawo posługiwania się tytułem zawodowym „specjalista w dziedzinie fizjoterapii”.

Fizjoterapeuta jako zawód zaufania publicznego

Uregulowanie zawodu fizjoterapeuty uzasadnia tezę, że należy uznać go za zawód zaufania publicznego w rozumieniu art. 17 ust. 1 Konstytucji RP[20], co wynika w szczególności z faktu wprowadzenia podstaw prawnych do utworzenia samorządu zawodowego fizjoterapeutów, reprezentującego osoby wykonujące ten zawód oraz sprawującego pieczę nad należytym jego wykonywaniem zawodu w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony (art. 3 u.z.f.).

Uznanie danej profesji za zawód zaufania publicznego jest w doktrynie prawa łączone z określonymi właściwościami – to zawód polegający na zaspokajaniu

osobistych potrzeb ludzkich, wiążący się z przyjmowaniem informacji dotyczących życia osobistego i zorganizowany w sposób uzasadniający przekonanie społeczne o właściwym dla interesów jednostki wykorzystywaniu tych informacji przez świadczących usługi. Wykonywanie zawodu zaufania publicznego określane jest dodatkowo normami etyki zawodowej, szczególną treścią ślubowania, tradycją korporacji zawodowej czy charakterem wykształcenia wyższego i uzyskanej specjalizacji. Przymiot zawodu zaufania publicznego polega na pieczy nad prowadzeniem spraw lub ochroną wartości (dóbr) o zasadniczym i (najczęściej) osobistym znaczeniu dla osób korzystających z usług w sferze zawodów zaufania publicznego oraz podejmowaniu ważnych – w wymiarze publicznym – czynności zawodowych, wymagających profesjonalnego przygotowania, doświadczenia, dyskrecji oraz taktu i kultury osobistej[21]. Na zaufanie to składa się wiele czynników, wśród których na pierwszy plan wysuwają się: przekonanie o zachowaniu przez wykonującego ten zawód dobrej woli, właściwych motywacji, należytej staranności zawodowej oraz wiara w przestrzeganie wartości istotnych dla profilu danego zawodu. W odniesieniu do wykonywania zawodów zaufania publicznego do istotnych wartości należy pełne i integralne respektowanie prawa, w tym zwłaszcza przestrzeganie wartości konstytucyjnych (w ich hierarchii) oraz dyrektyw postępowania[22].

Przynależność fizjoterapeutów do samorządu jest obowiązkowa. Krajową Izbę Fizjoterapeutów (KIF) tworzą fizjoterapeuci wpisani do Krajowego Rejestru Fizjoterapeutów. Samorząd jest niezależny w wykonywaniu swoich zadań i podlega wyłącznie przepisom ustawy. Nadzór nad działalnością samorządu sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia w zakresie i formach określonych ustawą.

Zadania samorządu zarodowego zostały w ustawie wskazane przykładowo, a wśród nich trzeba wymienić: 1) sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu fizjoterapeuty; 2) reprezentowanie fizjoterapeutów; 3) działanie na rzecz stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez fizjoterapeutów; 4) ustalanie oraz aktualizacja standardów lub wytycznych w fizjoterapii; 5) edukację zdrowotną i promocję zdrowia; 6) ustanawianie zasad etyki zawodowej[23] i dbanie o jej przestrzeganie; 7) obronę godności zawodowej.

Samorząd zawodowy przejmuje część zadań publicznych, stając się podmiotem administrującym, i wykonuje zadania w zakresie: stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu, prowadzenia rejestrów, uznawania kwalifikacji fizjoterapeutów zamierzających wykonywać zawód na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, uznawania tytułu specjalisty uzyskanego przez fizjoterapeutę poza terytorium RP, orzekania w zakresie

odpowiedzialności zawodowej, a także inne zadania wymienione w art. 62 u.z.f.

Członkom zrzeszonym w KRF przysługuje czynne i bierne prawo wyborcze. Ciążą na nich także inne obowiązki, wśród których w szczególności należy wymienić powinność postępowania zgodnie z zasadami etyki zawodowej, zasadami wykonywania zawodu, gdzie obok obowiązku wykonywania zawodu z należytą starannością przy wykorzystaniu wskazań aktualnej wiedzy medycznej (art. 4 ust. 1 u.z.f.) ważne miejsce zajmuje obowiązek należytego informowania pacjenta zgodnie z przysługującymi mu prawami oraz zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu (art. 9 u.z.f.), oraz zgodnie z kodeksem deontologii zawodowej, jak również sumienne wykonywanie innych obowiązków zawodowych i przestrzeganie uchwał organów samorządu[24]. W myśl art. 85 u.z.f. członkowie KRF podlegają odpowiedzialności zawodowej za przewinienia zawodowe, czyli naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu. Odpowiedzialności zawodowej podlegają także obywatele państw członkowskich UE wykonujący tymczasowo i okazjonalnie zawód fizjoterapeuty na terytorium Polski. Krajowej Izbie Fizjoterapeutów powierzono tym samym nadzór nad działalnością zawodową fizjoterapeutów w zakresie, w jakim podlegają oni odpowiedzialności

zawodowej, który realizowany jest przez Sąd Dyscyplinarny, działający jako organ KRF uprawniony do orzekania o karach za przewinienia[25].

Fizjoterapeuta jako wolny zawód

Fizjoterapeutę należy także uznać za przedstawiciela wolnego zawodu[26]. Pojęcie to nie zostało normatywnie zdefiniowane, choć wskazać może przypadki, kiedy ustawodawca odwołuje się do niego[27]. Zawód fizjoterapeuty spełnia kryteria wyznaczone przez doktrynę prawa, która wśród wspólnych cech wolnego zawodu wskazuje na osobiste i samodzielne wykonywanie czynności o charakterze intelektualnym, wymagających odpowiedniej kwalifikacji (wiedzy i praktyki), polegających na zapewnieniu świadczeń i usług klientom oraz ochronie innych wartości interesu ogólnego[28]. W literaturze zwraca się uwagę przede wszystkim na osobiste, samodzielne i ciągłe wykonywanie wolnego zawodu.

Fizjoterapeuci niewątpliwie spełniają te kryteria. Świadczenia zdrowotne realizowane są osobiście, może wykonywać je tylko osoba fizyczna, która posiada odpowiednie uprawnienia. Świadczenia udzielane przez fizjoterapeutów mają również walor intelektualny. Do ich wykonywania potrzebna jest nie tylko szczególna wiedza, ale także umiejętne zastosowanie jej w praktyce. Duże

znaczenie ma też wymóg posiadania wysokich kwalifikacji. Natomiast systematyczność wykonywania tego zawodu przejawia się w tym, że w przypadku znaczącej przerwy w wykonywaniu zawodu (na czas dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat) fizjoterapeuta, aby móc kontynuować pracę, musi przejść specjalne przeszkolenie (art. 11 u.z.f.)[29]. Analizowany aspekt zawodu fizjoterapeuty został zauważony przez ustawodawcę podczas uchwalania ustawy nowelizującej, która na mocy art. 2 dokonała zmian także w treści art. 88 ustawy z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych[30], dopuszczającym zakładanie spółek partnerskich przez fizjoterapeutów jako osoby wykonujące wolny zawód.

Formy wykonywania zawodu fizjoterapeuty

Do 1 kwietnia 2019 r. fizjoterapeuta wykonujący swój zawód w ramach działalności gospodarczej był podmiotem leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej. Przyjęte rozwiązanie budziło wiele kontrowersji[31]. Po tym dniu fizjoterapeuta może wykonywać zawód w jednej ze wskazanych form: 1) na podstawie umowy o pracę; 2) w ramach stosunku służbowego; 3) na podstawie umowy cywilnoprawnej; 4) w ramach wolontariatu, a także 5)

w ramach praktyk zawodowych wymienionych w art. 5 ust. 2 pkt 3 u.d.l.

Dotychczasowe rozwiązanie nie przewidywało możliwości wykonywania zawodu w formie indywidualnych i grupowych praktyk zawodowych. Ta forma udzielania świadczeń zdrowotnych jest przystosowana do potrzeb prowadzenia działalności leczniczej osobiście i – zależnie od jej zakresu i rozmiaru – umożliwia ograniczenie wymogów organizacyjnych w porównaniu z pozostałymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą[32]. Równocześnie zmieniła się treść art. 5 ust. 2 pkt 3 u.d.l., w którym wskazano, że działalność lecznicza fizjoterapeuty może być wykonywana w formie: a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako: indywidualna praktyka fizjoterapeutyczna (określana także jako praktyka gabinetowa), indywidualna praktyka fizjoterapeutyczna wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka fizjoterapeutyczna wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub b) spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka fizjoterapeutyczna. Zgodnie z art. 5 ust. 3 u.d.l. prowadzenie praktyki zawodowej nie jest działalnością leczniczą. Tym samym fizjoterapeuci, podobnie jak lekarze i pielęgniarki, mogą udzielać świadczeń i wykonywać swój zawód, prowadząc działalność indywidualnie, jako osoba fizyczna, lub wspólnie z innymi, w formie spółki cywilnej, jawnej lub partnerskiej.

Działalność ta podlega obowiązkowi zgłoszenia do rejestru prowadzonego przez KRF.

Podsumowanie

Podsumowując rozważania dotyczące aspektów prawnych wykonywania zawodu fizjoterapeuty, należy wskazać na sposób uregulowania sytuacji osób, które w dniu wejścia w życie przepisów ustawy o zawodzie fizjoterapeuty wykonywały ten zawód. Kluczowe znaczenie ma tu regulacja zawarta w art. 143 u.z.f. Ustawodawca, uchwalając ustawę nowelizującą, dostrzegł kontrowersyjność przyjętych rozwiązań prawnych[33] i zmienił ostateczny kształt przyjętych przepisów przejściowych. Obecnie osoby, które w dniu wejścia w życie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty spełniały łącznie warunki określone w art. 13 ust. 1 pkt 1–5 u.z.f., stały się fizjoterapeutami i przysługuje im prawo wykonywania zawodu. Osoby te wpisywane były do Krajowego Rejestru Fizjoterapeutów na wniosek złożony nie później niż w okresie 2 lat od dnia wejścia w życie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty, czyli od 31 maja 2016 r. Do tego momentu mogły wykonywać zawód fizjoterapeuty bez uzyskania wpisu do Krajowego Rejestru Fizjoterapeutów. Zgodnie z art. 7 ustawy nowelizującej fizjoterapeuci wykonujący zawód w ramach działalności gospodarczej wykonywanej

w dniu wejścia w życie przepisów ustawy o zawodzie fizjoterapeuty mogą prowadzić tę działalność bez wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą przez okres nie dłuższy niż do dnia 31 października 2019 r.

The physiotherapy profession – legal aspects

Summary

Physiotherapy is a discipline of clinical medicine that uses its own diagnostic and therapeutic methods, including the treatment of movement and physical stimuli. The new legal regulations resulting from the Act of 25 September 2015 on the Physiotherapist's Profession have granted a special professional status to this group of specialists, which results from the fact that it is recognized as an independent medical profession. This publication refers to the applicable statutory regulations and views presented in the legal doctrine, and analyses the legal status of this professional group. It discusses in particular the factors determining the acquisition of the right to practice physiotherapy, including vocational education and training, and the rules of professional practice, as well as professional responsibility of physiotherapists. To take into account prudential considerations, the professional self-government of physiotherapists is also mentioned.

Keywords: physiotherapists, medical profession, forms of practicing the profession of physiotherapist, professional autonomy of physiotherapists

DR N. PRAWN. KATARZYNA MEŁGIEŚ –
Katedra Prawa Administracyjnego, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

1 Tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 505 ze zm., dalej: u.z.f.

2 Działalność ta nie podlegała do tej pory kontroli merytorycznej ze strony organów publicznych, zarówno co do standardów jej wykonywania, jak i zgodności z prawem, zob. D. Białoszewski, Z. Wroński, *Nowa pozycja fizjoterapeuty wśród zawodów medycznych w świetle nowych zapisów prawnych i nowego systemu kształcenia zawodowego*, w: *Fizjoterapeuta w Polsce. Aktualna wiedza o zawodzie*, red. D. Białoszewski, Z. Wroński, Warszawa 2017, s. 1.

3 Dz. U. poz. 2219, dalej: ustawa nowelizująca. Weszła ona w życie z dniem 2019 r., z wyjątkiem art. 5 pkt 5 oraz art. 7, które obowiązują od 29 listopada 2018 r.

4 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm.), dalej: u.d.l.

5 Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawa pacjenta i Rzeczniku Prawa Pacjenta (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 ze zm.).

6 Do czasu uchwalenia ustawy o zawodzie fizjoterapeuty kwestionowano niekiedy możliwość zakwalifikowania tego zawodu do kategorii zawodów medycznych, zob. M. Łakomski, K. Kędziora-Kornatowska, M. Podhorecka i in., *Prawne podstawy zawodu fizjoterapeuty i potrzeba ustawy o zawodzie*, „Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja" 2014, nr 54, s. 50; odmiennie P. Kłusek, *Fizjoterapeuta jako wolny zawód i zawód zaufania publicznego*, „Rozprawy Naukowe AWF we Wrocławiu" 2016, nr 53, s. 45 i n.

7 Niekiedy kwestionowano samodzielność tej profesji, zob. A. Słowińska, *Problematyka prawna skierowania lekarskiego na świadczenia rehabilitacji leczniczej*, „Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja" 2015, nr 67, s. 57 i n.

8 Szerzej M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2014, System Informacji Prawnej LEX, s. 30.

9 Zob. B. Janiszewska, w: *System Prawa Medycznego*, t. I, *Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 1042 i n.

10 Tak D. Karkowska, *Zakres przedmiotowy pojęcia „zawód medyczny"*, w: tejże, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, System Informacji Prawnej LEX.

11 Tak A. Straburzyńska-Lupa, G. Straburzyński, *Fizjoterapia z elementami klinicznymi*, t. I, Warszawa 2008, s. 12.

12 Por. J. Hanc, *Fizjoterapeuta*, w: *System Prawa Medycznego*, t. I, *Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego*, red. E. Zielińska, Warszawa 2018, s. 350 i wskazana tam literatura.

13 Doktryna prawa medycznego zgodna jest w kwestii złożoności procesu świadczenia zdrowotnego, przyznaje również, iż pojęcie świadczenia zdrowotnego nie konsumuje działań medycznych polegających *sensu stricto* na leczeniu, ale dopuszcza także działania inne niż lecznicze. Podkreśla się, że działania medyczne wpisane w istotę zakresu pojęcia „zawody medyczne" nie powinny być ograniczane tylko do obszaru medycyny, ale muszą uwzględnić dynamiczny rozwój nauk medycznych i nauk o zdrowiu, szerzej K. Mełgieś, *The legal status of physioterapists' profession*, „Public Health" 2018, no. 2, s. 69 i n.

14 Aktualnie wyznaczony ustawowy standard wykształcenia i przygotowania zawodowego fizjoterapeuty obejmuje: jednolite pięcioletnie studia wyższe w zakresie fizjoterapii, sześciomiesięczną praktykę zawodową oraz złożenie Państwowego Egzaminu Fizjoterapeutycznego z wynikiem pozytywnym.

15 Do okresu nabytego doświadczenia w zawodzie fizjoterapeuty, o którym mowa, zalicza się wykonywanie czynności zawodowych określonych w art. 4 ust. 2 i 3 pkt 5 u.z.f. także przed dniem wejścia w życie ustawy nowelizującej.

16 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty (Dz. U. poz. 1319).

17 W rozporządzeniu wyróżniono poziomy: podstawowy, rozszerzony i specjalistyczny.

18 Por. uchwałę nr 20/I KZF/2016 I Krajowego Zjazdu Fizjoterapeutów z dnia 29 grudnia 2016 r. w sprawie „Zasad etyki zawodowej fizjoterapeutów", https://kif.info.pl/wp-content/uploads/2017/01/20-I-KZF-2016-zal.pdf (dostęp: 25.11.2018). Zob. także D. Białoszewski, Z Wroński, *Nowa pozycja fizjoterapeuty wśród zawodów medycznych w świetle nowych zapisów prawnych i nowego systemu kształcenia zawodowego*, w: *Fizjoterapia w Polsce*, red. D. Białoszewski, Z. Wroński, Warszawa 2017, s. 7.

19 A. Krasnowolski, *Zawody zaufania publicznego, zawody regulowane oraz wolne zawody. Geneza, funkcjonowanie i aktualne problemy*, Warszawa 2013, s. 3. Zawód fizjoterapeuty podlega tym samym przepisom dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255, s. 22 ze zm.), zgodnie

z którą zawód regulowany to działalność zawodowa, której warunki podjęcia lub wykonywania regulowane są bezpośrednio bądź pośrednio przepisami ustawowymi, wykonawczymi lub administracyjnymi nakładającymi obowiązek posiadania specjalnych kwalifikacji zawodowych, a wynikających z ustawodawstwa danego państwa.

20 Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm. i sprost.).

21 M. Szydło, w: *Konstytucja RP*, t. I, *Komentarz do art. 1–86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016, s. 452, komentarz do art. 17.

22 Tamże.

23 W doktrynie podkreśla się syntetyczność zapisu poszczególnych wskazówek etycznych oraz ich skromną liczbę (10), zob. J. Hanc, *Fizjoterapeuta*, dz. cyt., s. 353.

24 Organy KIF to Krajowy Zjazd Fizjoterapeutów, Krajowa Rada Fizjoterapeutów, Komisja Rewizyjna, Wyższy Sąd Dyscyplinarny, Sąd Dyscyplinarny oraz Rzecznik.

25 Zgodnie z art. 108 u.z.f. Sąd dyscyplinarny może orzec następujące kary: 1) upomnienie; 2) naganę; 3) karę pieniężną; 4) zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w podmiotach leczniczych na okres od 1 roku do 5 lat; 5) zakaz pełnienia funkcji z wyboru w organach samorządu na okres od 1 roku do 5 lat; 6) ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu na okres od 6 miesięcy do 2 lat; 7) zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od 1 roku do 5 lat; 8) pozbawienie prawa wykonywania zawodu.

26 Por. P. Kłusek, *Fizjoterapeuta jako wolny zawód i zawód zaufania publicznego*, dz. cyt., s. 47.

27 Zob. ustawę z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 800 ze zm.), gdzie w art. 3 pkt 9 uznano wykonywanie wolnych za wykonywanie działalności gospodarczej czy art. 86 Kodeksu spółek handlowych, w myśl którego spółka partnerska jest tworzona przez partnerów w celu wykonywania wolnego zawodu, może być także zawiązana w celu wykonywania więcej niż jednego wolnego zawodu.

28 Por. w szczególności: K. Wojtczak, *Zawód i jego prawna reglamentacja. Studium z zakresu materialnego prawa administracyjnego*, Poznań 1999, s. 112; J. Jacyszyn, *Wykonywanie wolnych zawodów w Polsce*, Warszawa 2004, s. 21; J. Smarż, *Definiowanie pojęcia „zawód zaufania publicznego”*, „Studia

Prawnicze” 2012, nr 3, s. 142–145; J. Jacyszyn, *Wolny zawód – mit czy rzeczywistość prawna?*, „Przegląd Prawa i Administracji”, 2015, nr 100, s. 542; A. Krasnowolski, *Zawody zaufania publicznego, zawody regulowane oraz wolne zawody*, dz. cyt., s. 7.

29 Szerzej P. Kłusek, *Fizjoterapeuta jako wolny zawód i zawód zaufania publicznego*, dz. cyt., s. 44–56.

30 Tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 1577 ze zm.

31 Por. K. Mełgieś, *Ocena sytuacji prawnej fizjoterapeutów w zakresie kontynuacji uprawnień zawodowych*, „Fizjoterapia Polska” 2018, nr 2, s. 84–93.

32 Por. projekt ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw wraz z uzasadnieniem, druk Sejmu VII kadencji, nr 2903, http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/0/FB793A4A5AE5FCF8C12583280031AFD8/%24File/2903.pdf (dostęp: 18.03.2019).

33 Szeroko na ten temat por. K. Mełgieś, *Ocena sytuacji…*, s. 84 i n.

Joanna Fidut-Wrońska,
Justyna Chmiel,
Kamil Chołuj,
Agnieszka Karska,
Katarzyna Pikto-Pietkiewicz,
Piotr Majcher

Profesjonalizacja zawodu fizjoterapeuty

Rehabilitacja i fizjoterapia – ustalenia terminologiczne

Pojęcia „fizjoterapia” i „rehabilitacja” często postrzegane są jako synonimy, jednak ich znaczenie jest inne, zatem ich wymienne używanie jest nieuzasadnione. Termin „rehabilitacja” po raz pierwszy użyty został przez Douglasa C. McMurtie’ego, dyrektora Nowojorskiego Instytutu Czerwonego Krzyża w 1918 r., który przedstawiał wyniki leczenia inwalidów wojennych. Nazwa „rehabilitacja” pochodzi z łaciny i oznacza odzyskiwanie sprawności (łac. *re* – znów, na nowo oraz *habilitas* – sprawny, należyty)[1]. Obecnie rehabilitacja rozumiana jest jako zespół działań, w szczególności organizacyjnych, leczniczych,

psychologicznych, społecznych, szkoleniowych, technicznych i edukacyjnych, zmierzających do osiągnięcia przez osobę z niepełnosprawnością możliwie najwyższego poziomu funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej[2].

Pojęcie „fizjoterapia” wywodzi się z języka greckiego i pochodzi od słów *physis* – natura, przyroda i *therapeia* – leczenie. Fizjoterapia niekiedy błędnie uznawana jest za synonim fizykoterapii i medycyny fizykalnej, które stanowią tylko jej składową[3]. Obok fizykoterapii i medycyny fizykalnej (leczenia czynnikami fizycznymi) za składowe fizjoterapii uznawane są kinezyterapia (leczenie ruchem) oraz masaż (terapia manualna)[4].

Światowa Konfederacja Fizjoterapii (ang. World Confederation for Physical Therapy – WCPT) oraz Europejska Deklaracja Standardów w Fizjoterapii zdefiniowały fizjoterapię następująco: „Fizjoterapia (ang. *physical therapy*) polega na świadczeniu poszczególnym osobom i populacjom usług powodujących rozwinięcie, utrzymanie lub przywrócenie w jak najpełniejszym zakresie czynności ruchowych i funkcjonalności w całym okresie życia pacjenta. Fizjoterapia obejmuje świadczenie usług w okolicznościach, w których czynności ruchowe i funkcje zagrożone są procesami starzenia lub uległy upośledzeniu w wyniku obrażeń lub schorzeń. Pełne i funkcjonalne czynności ruchowe są wyznacznikiem zdrowia. Fizjoterapia zajmuje się wykrywaniem i przywracaniem w jak

najpełniejszym zakresie potencjału czynności ruchowych w sferach promocji zdrowia, prewencji, leczenia i rehabilitacji. Fizjoterapia obejmuje interakcję pomiędzy fizjoterapeutą, pacjentami/świadczeniobiorcami, rodzinami i opiekunami w ramach procesu oceny potencjału czynności ruchowych i uzgadniania celów przy wykorzystaniu unikatowej wiedzy i umiejętności fizjoterapeutów. Odrębne postrzeganie przez fizjoterapeutów ciała oraz jego potrzeb i potencjału, związanych z czynnościami ruchowymi, jest punktem wyjścia do sformułowania diagnozy i strategii interwencji w danych uwarunkowaniach praktyki. Uwarunkowania te mogą różnić się w zależności od tego, czy fizjoterapia dotyczy promocji zdrowia, prewencji, leczenia czy rehabilitacji”[5]. Wynika stąd jednoznacznie, że fizjoterapia nie jest częścią jedynie rehabilitacji, lecz również promocji zdrowia, prewencji i leczenia (rysunek 1).

Rysunek 1. Miejsce fizjoterapii w medycynie zgodnie z definicją Światowej Konfederacji Fizjoterapii

Źródło: opracowanie własne.

Regulacje prawne związane z wykonywaniem zawodu fizjoterapeuty

W Polsce do 2015 r. nie istniały akty prawne, które kompleksowo regulowałyby zasady wykonywania zawodu fizjoterapeuty. Po wielu latach starań środowiska fizjoterapeutów uchwalono ustawę z dnia 30 listopada 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty[6]. Jej przepisy weszły w życie 31 maja 2016 r. Tym samym Polska dołączyła do państw, w których zawód fizjoterapeuty jest zawodem regulowanym. Ustawa określiła aspekty prawne wykonywania tego zawodu i zasady uzyskiwania prawa do jego wykonywania, zmieniła system kształcenia zawodowego, jak również kształcenia podyplomowego, uregulowała kwestie odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeutów, a także umożliwiła utworzenie samorządu zawodowego fizjoterapeutów.

Zawód fizjoterapeuty jest samodzielnym zawodem medycznym, a tytuł zawodowy „fizjoterapeuta" podlega ochronie prawnej i przysługuje osobie posiadającej prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty. Osobami uprawnionymi do wykonywania tego zawodu w Polsce, w związku z licznymi zmianami w systemie edukacji fizjoterapeutów na przestrzeni lat, są obecnie osoby posiadające dyplom m.in. magistra rehabilitacji ruchowej, magistra rehabilitacji, magistra fizjoterapii, magistra wychowania fizycznego (osoby, które ukończyły dodatkowe

kursy i szkolenia podyplomowe), licencjata fizjoterapii i technika fizjoterapii. Rozbieżność ta wynika z faktu, że osoby, które w chwili wejścia w życie ustawy spełniały wszystkie wymagania niezbędne do wykonywania zawodu fizjoterapeuty, na wniosek uzyskały prawo wykonywania tego zawodu. Obecny system edukacji zakłada, że dyplom potwierdzający posiadane kwalifikacje jest wydawany osobie, która rozpoczęła po dniu 1 października 2017 r. jednolite pięcioletnie studia wyższe w zakresie fizjoterapii, uzyskała tytuł zawodowy magistra i odbyła sześciomiesięczną praktykę zawodową oraz złożyła z wynikiem pozytywnym Państwowy Egzamin Fizjoterapeutyczny (PEF).

Zawód fizjoterapeuty polega na udzielaniu świadczeń medycznych, a poziom wykształcenia reguluje zakres czynności zawodowych, do których uprawnieni są poszczególni fizjoterapeuci. Poziom podstawowy obejmuje fizjoterapeutów z tytułem „technik fizjoterapii” oraz fizjoterapeutów, którzy uzyskali dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu licencjata, poziom rozszerzony obejmuje fizjoterapeutów z posiadanym tytułem magistra, poziom specjalistyczny dotyczy zaś fizjoterapeutów z tytułem specjalisty w dziedzinie fizjoterapii lub tytułem specjalisty rehabilitacji ruchowej II stopnia.

Fizjoterapeuci na poziomie podstawowym posiadają uprawnienia do wykonywania podstawowej diagnostyki funkcjonalnej, kwalifikowania do masażu, planowania

i prowadzenia zabiegów z zakresu kinezyterapii, fizykoterapii i masażu oraz dobierania adekwatnie do potrzeb pacjenta wyrobów medycznych i nauczania posługiwania się nimi. Do ich kompetencji zalicza się również uczenie pacjentów mechanizmów kompensacyjnych i adaptacji.

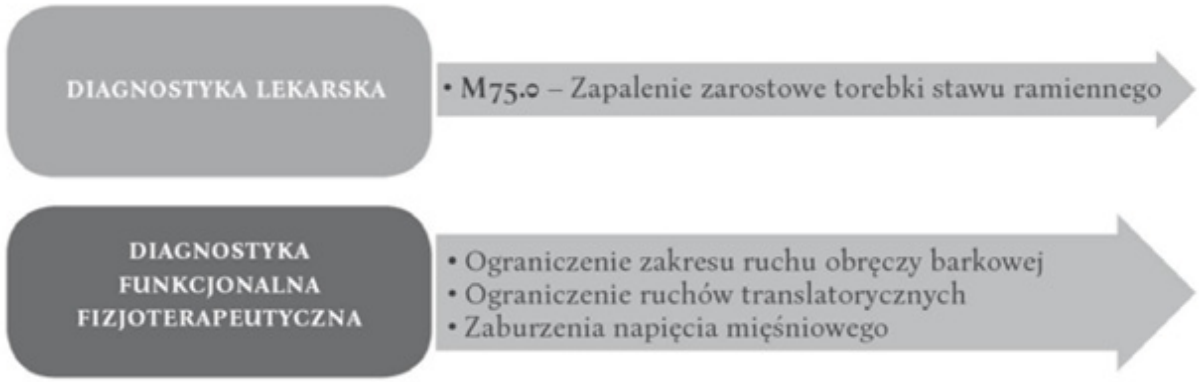
Fizjoterapeuci na poziomie rozszerzonym poza uprawnieniami z poziomu podstawowego dodatkowo mają prawo do kwalifikowania pacjentów do kinezyterapii i fizykoterapii, zlecania seryjnie produkowanych wyrobów medycznych, prowadzenia działalności fizjoprofilaktycznej oraz wydawania opinii i orzeczeń dotyczących stanu funkcjonalnego i przebiegu procesu fizjoterapii.

Fizjoterapeuci z poziomu specjalistycznego uzyskali też kompetencje do nadzoru nad wykonywaniem procedur z zakresu fizykoterapii, kinezyterapii i masażu oraz do wykonywania w ramach masażu procedur z zakresu opracowania tkanek miękkich i powięzi[7].

Oprócz udzielania świadczeń zdrowotnych za wykonywanie zawodu fizjoterapeuty uważa się również nauczanie przyszłych fizjoterapeutów, prowadzenie prac naukowych w zakresie fizjoterapii oraz kierowanie pracą innych fizjoterapeutów.

Diagnoza fizjoterapeutyczna

Istotną kompetencją fizjoterapeutów jest diagnostyka funkcjonalna. Zgodnie z opisem zaproponowanym przez Światową Konfederację Fizjoterapii oraz w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ang. *International Classification of Functioning, Disability and Health* – ICF) diagnoza w fizjoterapii jest wynikiem procesu rozumowania klinicznego, którego rezultatem jest identyfikacja istniejących lub potencjalnych dysfunkcji ciała, ograniczeń aktywności fizycznej i społecznej oraz czynników wpływających na funkcjonowanie[8]. Celem diagnozy jest umożliwienie prognozowania postępowania fizjoterapeutycznego, jak również wybór najodpowiedniejszego kierunku postępowania terapeutycznego oraz udzielenie pacjentowi niezbędnych informacji[9]. Diagnostyka funkcjonalna, rozumiana jako badanie fizjoterapeutyczne, uwzględnia: wywiad, badanie i analizę ruchu oraz postawy, kształtu i ułożenia ciała pacjenta, diagnostykę różnicową (fakultatywnie, według decyzji fizjoterapeuty), testy i pomiary[10]. Diagnostyka funkcjonalna nie jest zatem związana z diagnostyką chorób, która leży w kompetencjach lekarzy, lecz z diagnozą opartą na analizie funkcjonowania pacjenta. Obowiązek rozpoznawania chorób i zapobiegania im ciąży na uprawnionych lekarzach, a za udzielanie świadczeń bez wymaganych uprawnień przewidywana jest odpowiedzialność karna[11].


DIAGNOSTYKA LEKARSKA
• M75.0 – Zapalenie zarostowe torebki stawu ramiennego
DIAGNOSTYKA FUNKCJONALNA FIZJOTERAPEUTYCZNA
• Ograniczenie zakresu ruchu obręczy barkowej
• Ograniczenie ruchów translatorycznych
• Zaburzenia napięcia mięśniowego

Rysunek 2. Porównanie diagnozy lekarskiej i diagnostyki funkcjonalnej fizjoterapeutycznej

Źródło: opracowanie własne.

Wynikająca z ustawy samodzielność zawodu fizjoterapeuty wiąże się z dużą odpowiedzialnością, ponieważ pacjent ma prawo zgłosić się do fizjoterapeuty w celu ustalenia programu fizjoterapii bez skierowania i bez rozpoznania lekarskiego. Przeprowadzenie diagnostyki fizjoterapeutycznej opartej na wiedzy, dotyczącej etiopatogenezy dysfunkcji i jej objawów, a także interpretacji podstawowych badań, umożliwia zakwalifikowanie pacjentów do odpowiedniego postępowania fizjoterapeutycznego. Dokładna diagnostyka fizjoterapeutyczna pozwala również na identyfikację przeciwwskazań do fizjoterapii, co jest zgodne z zasadą *primum non nocere* – przede wszystkim nie szkodzić. Diagnostyka różnicowa w przypadku badania

fizjoterapeutycznego oparta jest głównie na diagnostyce wykluczającej pacjentów z terapii w przypadku istnienia objawów wskazujących na istnienie zaburzeń, które mogą wymagać dalszej diagnostyki lub konsultacji innego specjalisty. Decyzję o tym, z jakim specjalistą należy konsultować pacjenta, fizjoterapeuta powinien podjąć na podstawie prezentowanych objawów i dynamiki ich narastania.

Odpowiedzialność zawodowa fizjoterapeutów

Fizjoterapeuta, tak jak lekarz, lekarz dentysta, pielęgniarka, położna i pozostałe osoby wykonujące zawód medyczny, odpowiada prawnie za powstanie u pacjenta ewentualnych zdarzeń medycznych, za które uważa się uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia pacjenta lub jego śmierć. Za naruszenie reguł bezpieczeństwa fizjoterapeuta może zostać pociągnięty do odpowiedzialności karnej, cywilnej oraz dyscyplinarnej związanej z możliwością tymczasowego zawieszenia prawa wykonywania zawodu[12]. Zdarzenie medyczne może być następstwem niewłaściwej diagnozy pacjenta, tzn. diagnozy niezgodnej z aktualną wiedzą medyczną, która może spowodować niewłaściwe leczenie albo opóźnić właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby. Zdarzenie medyczne może być też

wynikiem zastosowania niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną sposobu leczenia, w tym niewłaściwego produktu leczniczego lub wyrobu medycznego, jak również skutkiem błędu technicznego popełnionego w trakcie świadczenia usług fizjoterapeutycznych. Kodeks karny w art. 160 także przewiduje konsekwencje prawne dla fizjoterapeuty, który naraził inną pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu[13].

Obowiązujące akty prawne nakładają na fizjoterapeutę obowiązek informowania pacjenta o jego prawach, jak również udzielania pacjentowi, jego osobie bliskiej lub opiekunowi informacji. Udzielając świadczeń, fizjoterapeuta musi szanować intymność i godność pacjenta, zachowując w tajemnicy informacje uzyskane w związku z wykonywaniem zawodu. Przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta[14], jak też ustawy o zawodzie fizjoterapeuty regulują prawa pacjenta względem dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, a fizjoterapeutę zobowiązują do prowadzenia takiej dokumentacji.

Sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem obowiązków i przestrzeganiem zasad etyki zawodowej leży w kompetencji Krajowej Izby Fizjoterapeutów (KIF), która jest naczelnym organem reprezentującym interes zawodowy fizjoterapeutów. Przynależność do niej jest obowiązkiem wszystkich fizjoterapeutów wpisanych do

Krajowego Rejestru Fizjoterapeutów. Do zadań samorządu należą ponadto: ustalanie oraz aktualizacja standardów i wytycznych w fizjoterapii, ustanawianie zasad etyki zawodowej, obrona godności zawodowej, jak również działanie na rzecz podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz edukacja i promocja zdrowia.

Do organów KIF zaliczane są: Krajowy Zjazd Fizjoterapeutów, Krajowa Rada Fizjoterapeutów (KRF), Komisja Rewizyjna, Wyższy Sąd Dyscyplinarny, Sąd Dyscyplinarny oraz Rzecznik.

Podsumowanie

Terminy „fizjoterapia” i „rehabilitacja medyczna” nie są synonimami i ich wymienne użycie nie jest uzasadnione. Pojęcie „rehabilitacja medyczna” ma szerszy zakres i odnosi się do działania wielu grup zawodowych, natomiast za składowe fizjoterapii uznawane są fizykoterapia, medycyna fizykalna (leczenie czynnikami fizycznymi), kinezyterapia (leczenie ruchem) oraz masaż (terapia manualna), które wykonywane są przede wszystkim przez fizjoterapeutów.

Uregulowanie wykonywania zawodu fizjoterapeuty poprzez określenie zasad uzyskiwania prawa do wykonywania zawodu, ujednolicenie systemu edukacji, podzielenie kompetencji pośród fizjoterapeutów z różnym poziomem wykształcenia oraz wprowadzenie zasad

odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeutów umożliwiło podniesienie jakości rehabilitacji medycznej w Polsce dzięki udoskonaleniu świadczenia usług fizjoterapeutycznych, które są jednym z jej elementów.

The process of professionalization of the physiotherapist's profession

Summary

The Polish term for "rehabilitation" was used after World War I to describe the process of restoring the patient's good health and functioning, in accordance with the etymology: Medieval Latin – re- "again", "again and again" or "backwards" and habilitas – "fit", "able". Still, the concept of physiotherapy has a much longer history than the notion of medical rehabilitation. The word physiotherapy comes from the Greek word physis, meaning "nature", and therapeia, meaning "therapy". The Polish Act on Physiotherapist's Profession described the legal aspects of pursuing the occupation of a physiotherapist and the rules for obtaining a permit to practise the profession. It also altered the vocational training system together with the system of postgraduate education. What is more, it regulated the issue of the professional liability and created the possibility to establish a professional association of physiotherapists. The autonomy of the physiotherapeutic profession also means a high degree of responsibility, as the patient can turn to a physical therapist for a specific physiotherapeutic programme without previously obtaining a doctor referral. A physiotherapist is liable for causing possible medical events to a patient and as a result a disciplinary action can be enforced against him/her. A physiotherapist can also be proceeded against in civil or criminal litigation for the breach of safety rules related to the performed medical services. Proper performance of the

physiotherapists' professional duties and their compliance with the rules of professional conduct are supervised by the National Chamber of Physiotherapists (Krajowa Izba Fizjoterapeutów – KIF), a supreme body representing the physiotherapists' professional interests.

Keywords: rehabilitation, medical rehabilitation, physiotherapy, law

DR N. O ZDR. JOANNA FIDUT-WROŃSKA,
DR N. O ZDR. KAMIL CHOŁUJ,
DR N. MED. AGNIESZKA KARSKA,
PROF. NADZW. DR HAB. N. MED. PIOTR MAJCHER –
Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii, Katedra Rehabilitacji, Fizjoterapii i Balneoterapii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
DR N. O ZDR. JUSTYNA CHMIEL,
MGR KATARZYNA PIKTO-PIETKIEWICZ –
Zakład Balneoterapii, Katedra Rehabilitacji, Fizjoterapii i Balneoterapii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

---

1 I.D. Karwat, A. Skwarcz, *Rehabilitacja medyczna – jej cele, założenia i znaczenie praktyczne*, „Postępy Nauk Medycznych" 2000, nr 3, s. 61–69.

2 Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 511 ze zm.).

3 E. Mikołajewska, *Fizjoterapia a rehabilitacja medyczna – problemy semantyczne z nazewnictwem w fizjoterapii*, „Fizjoterapia" 2011, nr 19 (4), s. 54–64.

4 Taż, *Niepełnosprawność i rehabilitacja – wczoraj, dziś, jutro*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja" 2010, nr 4, s. 102–131.

5 Agencja Zapewniania Jakości w Szkolnictwie Wyższym, *Europejska deklaracja standardów w fizjoterapii*, http://doczz.pl/doc/317321/europejska-deklaracja-standard%C3%B3w-w-fizjoterapii (dostęp: 10.06.2011).

6 Tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 505 ze zm., dalej: u.z.f.

7 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty (Dz. U. poz. 1319).

8 World Confederation for Physical Therapy, *Policy statement. Description of physical therapy*, London 2017, www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT (dostęp: 10.06.2018); Y. Heerkens, E. Hendriks, R. Oostendorp, *Narzędzia oceny a Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania w rehabilitacji i fizjoterapii*, „Rehabilitacja Medyczna" 2006, nr 10 (3), s. 11–20.

9 World Confederation for Physical Therapy, *Policy statement. Description of physical therapy*, dz. cyt.

10 Uchwała nr 142/I KRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 1 marca 2018 r., Wytyczne Krajowej Rady Fizjoterapeutów do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej, https://kif.info.pl/file/2018/04/Zalacznik-do-Uchwaly-nr-142.pdf (dostęp: 1.04.2019).

11 Zob. art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 617 ze zm.).

12 M. Mikos, M. Curyło, G. Juszczyk i in., *Patient safety when practicing a physiotherapist*, „Journal of Education, Health and Sport" 2017, no. 7 (7), s. 500–504.

13 Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 1600).

14 Tekst jedn. Dz. U. z 2012 r. poz. 159.

Katarzyna Kowalcze

Rola i miejsce dietetyka we współczesnym systemie ochrony zdrowia

Wprowadzenie

Dla licznych współczesnych systemów ochrony zdrowia na świecie, w tym w Polsce, niezakaźne choroby przewlekłe stanowią ogromne wyzwanie i obciążenie finansowe. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (ang. World Health Organization – WHO) wiele jednostek chorobowych uznanych za cywilizacyjne ma swoje podłoże w stylu życia, w tym w niewłaściwym sposobie żywienia. Wydawać by się zatem mogło, że znając przyczyny i implikacje metaboliczne jednostek chorobowych takich jak nadwaga, otyłość, zaburzenia gospodarki lipidowej i węglowodanowej, insulinooporność czy cukrzyca typu 2, poszczególne państwa rozpoczną prewencyjne wdrażanie systemowej edukacji żywieniowej, ale dołożą także starań, by w momencie rozpoznania tych nieprawidłowości

wprowadzić edukację żywieniową ukierunkowaną na dietoterapię zaburzeń metabolicznych.

Osobą odgrywającą rolę edukatora wskazującego prawidłowe wybory żywieniowe powinien być dietetyk. To on, wykonując zawód medyczny łączący się z odpowiedzialnością za zdrowie pacjentów, niezależnie od tego, dyplomem której uczelni się legitymuje (przyrodniczej, rolniczej czy medycznej), powinien dążyć do jak najwyższych standardów świadczonego poradnictwa dietetycznego. Tylko profesjonalne, kompetentne podejście do zawodu może być gwarancją dobrej pozycji na rynku pracy, ale przede wszystkim świadectwem dbałości o stan zdrowia pacjenta.

Polskie Towarzystwo Dietetyki opracowało standardy postępowania terapeutycznego dla pacjentów z otyłością prostą[1], kardiologicznych[2] i diabetologicznych[3], przygotowało także Kodeks etyki zawodowej dietetyka Rzeczypospolitej Polskiej[4] – a zatem dysponujemy narzędziami, które powinny być gwarantem wysokiej jakości świadczonych usług. Nie powołano niestety zespołów terapeutycznych, w skład których wchodziłby dietetyk. Pomimo zapowiedzi Ministerstwa Zdrowia dotyczącej włączenia dietetyków do systemu podstawowej opieki zdrowotnej ten postulat środowiska zawodowego dietetyków nie został zrealizowany. Wyjątek stanowią niektóre poradnie diabetologiczne czy oddziały szpitalne,

które zatrudniają w swoich strukturach dyplomowanych dietetyków.

Regulacje prawne zawodu i zakres uprawnień zawodowych dietetyka

Po analizie dostępnych dokumentów dotyczących unormowań prawnych, a także zakresu uprawnień zawodowych dietetyka można stwierdzić, że regulacje te są dość klarowne, choć w ostatnich latach ulegały modyfikacjom i były aktualizowane[5]. Brak ustawy, która precyzyjnie określałaby miejsce dietetyków w systemie ochrony zdrowia, utrudnia pacjentom dostęp do rzetelnej i fachowej wiedzy, a dietetykom funkcjonowanie na rynku pracy.

Dietetyk jest wykwalifikowanym specjalistą ochrony zdrowia, który posiada szeroką wiedzę w zakresie żywienia człowieka zdrowego i chorego9. Poprzez dobór odpowiedniej diety prowadzi profilaktykę chorób dietozależnych oraz jest odpowiedzialny za leczenie żywieniowe w różnych stanach chorobowych. Zajmuje się również upowszechnianiem wiedzy w zakresie prawidłowego żywienia. W istniejącej klasyfikacji, zgodnej z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej

stosowania, określono strukturę klasyfikacji zawodów i specjalności[6], dietetyków sklasyfikowano pod numerami: 322001 Dietetyk oraz 229301 Specjalista do spraw dietetyki. Szczegółowo opisano tam zadania zawodowe w powyższych kategoriach (tabela 1 i 2).

Kolejnym dokumentem regulującym kwalifikacje konieczne do wykonywania zawodu dietetyka, wyłącznie jednak w odniesieniu do pracowników zatrudnianych na stanowisku dietetyka w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, które weszło w życie 22 lipca 2015 r.[7] Nazewnictwo stanowisk, wymagane kwalifikacje oraz staż pracy w zawodzie zamieszczono w tabeli 3.

Tabela 1. Zadania zawodowe dietetyka

Kod	322001 – Dietetyk
Synteza	• opracowuje oraz przygotowuje różnego typu diety dla ludzi zdrowych i chorych, • prowadzi działalność oświatową w zakresie prawidłowego żywienia
Zadania zawodowe	• opracowywanie receptur na poszczególne rodzaje diet – zgodnie z obowiązującymi zasadami żywienia oraz na zlecenie lekarskie – dla dzieci i dorosłych,

Kod	322001 – Dietetyk
	• prowadzenie i nadzorowanie wszystkich elementów produkcji, tj. organizacja stanowisk pracy, instruktaż pracowników, nadzór nad prawidłowością przebiegu technologicznego poszczególnych etapów przygotowania potraw, • dbanie o właściwą eksploatację urządzeń technicznych,
Zadania zawodowe	• przeprowadzanie wstępnych przeszkoleń pracowników i szkoleń okresowych oraz instruktaż pracowników w zakresie bhp (zgodnie z przepisami resortowymi oraz w miarę wprowadzania nowych urządzeń, zmiany produkcji), • prowadzenie dokumentacji rozliczeniowej produkcji dotyczącej ilości wyprodukowanych potraw, ich wartości kalorycznej, surowców, materiałów pomocniczych i nakładu pracy, • kontrola jakości (organoleptyczna i laboratoryjna) stosowanych surowców i warunków ich przechowywania, • sprawdzanie jakości i wyglądu gotowych potraw (w zakładach żywieniowych – organoleptycznie, w stacjach sanepidu – laboratoryjnie), kontrola prawidłowości receptur i zestawów żywieniowych stosowanych w przemyśle spożywczym, • prowadzenie działalności edukacyjnej w zakresie żywienia i opracowywanie właściwych zestawów żywieniowych dla różnych grup ludności oraz dla chorych z różnymi rodzajami schorzeń, • prowadzenie dokumentacji żywieniowej w placówkach służby zdrowia (kalkulacja kosztów, jadłospisy, plany żywieniowe, rozliczenia materiałowe)
Dodatkowe zadania zawodowe	• doradzanie w indywidualnych problemach doboru diety specjalnej (np. po określonym typie operacji, dla ludzi nieprzyswajających pewnych składników pokarmowych)

Źródło: rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania.

Tabela 2. Zadania zawodowe specjalisty do spraw dietetyki

Kod	229301 – Specjalista do spraw dietetyki
Synteza	• organizuje, prowadzi i nadzoruje proces produkcyjny przygotowywania potraw dietetycznych i monitoruje jego zgodność z recepturą i standardami, • bada i ocenia wartość dietetyczną i kaloryczną potraw, prawidłowość zastosowanych receptur oraz zachowanie norm racjonalnego żywienia, • udziela porad i konsultacji w zakresie racjonalnego żywienia zarówno dla klientów indywidualnych, jak i zbiorowych (instytucjonalnych), takich jak publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, sanatoria i uzdrowiska, placówki zbiorowego żywienia (przedszkola, szkoły, restauracje), • nadzoruje i kontroluje pomiary laboratoryjne współpracowników i podwładnych
Zadania zawodowe	• kierowanie procesem prawidłowego przyrządzania potraw dietetycznych przez zespół pracowników, • przeprowadzanie prób laboratoryjnych wartości dietetycznej potraw, • kontrola wyników i nadzór pomiarów organoleptycznych i laboratoryjnych dokonywanych przez dietetyków i podległych pracowników zgodnie ze standardami jakościowymi produktów gastronomicznych, • opracowywanie receptur diet dla dzieci i dorosłych zarówno zdrowych, jak i chorych, • opracowywanie jadłospisów zarówno dietetycznych, jak i specjalistycznych, • opracowywanie diet indywidualnych dla dzieci i dorosłych zarówno zdrowych, jak i chorych,

	• sporządzanie kalkulacji cenowej opracowywanych jadłospisów i diet, • organizowanie procesu produkcyjnego potraw dietetycznych, • kontrola i nadzór stanu higienicznego miejsca przygotowywania potraw zgodnie ze standardami, • prowadzenie dokumentacji żywieniowej w zakładzie gastronomicznym, • prowadzenie dokumentacji żywieniowej w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, • udzielanie porad dietetycznych i prowadzenie edukacji żywieniowej, • organizowanie własnego stanowiska pracy zgodnie z zasadami i przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy, ergonomii, ochrony przeciwpożarowej oraz ochrony środowiska, • współpraca z innymi działami przedsiębiorstwa w zakresie zapewnienia warunków niezbędnych dla prawidłowego prowadzenia procesu produkcji żywności dietetycznej, • współpraca z pozostałymi działami przedsiębiorstwa w zakresie zapewnienia właściwego wykonania usługi żywieniowej
Dodatkowe zadania zawodowe	• kierowanie zespołem dietetyków lub zespołami przedstawicieli innych zawodów związanych z żywieniem, • prowadzenie samodzielnej działalności gospodarczej połączonej z wykonywaniem innego zawodu, np. kosmetologa

Źródło: rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania.

Tabela 3. Wymagane kwalifikacje i staż pracy na poszczególnych stanowiskach

Stanowisko i staż pracy	**Wymagane kwalifikacje**
Starszy asystent dietetyki 7 lat pracy w zawodzie dietetyka lub co najmniej stopień naukowy doktora z zakresu dietetyki	• tytuł zawodowy magistra na kierunku dietetyka lub • rozpoczęcie przed 1 października 2007 r. studiów wyższych w specjalności dietetyka obejmujących co najmniej 1784 godziny kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskanie tytułu magistra, lub • rozpoczęcie przed 1 października 2007 r. studiów wyższych na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskanie tytułu magistra lub magistra inżyniera na tym kierunku
Asystent dietetyki 5 lat pracy w zawodzie dietetyka	• tytuł zawodowy magistra lub licencjata na kierunku dietetyka lub • rozpoczęcie przed 1 października 2007 r. studiów wyższych w specjalności dietetyka obejmujących co najmniej 1784 godziny kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskanie tytułu magistra, lub • rozpoczęcie przed 1 października 2007 r. studiów wyższych na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskanie tytułu magistra lub magistra inżyniera na tym kierunku
Młodszy asystent dietetyki 3 lata pracy w zawodzie dietetyka	• tytuł zawodowy magistra lub licencjata na kierunku dietetyka lub • rozpoczęcie przed 1 października 2007 r. studiów wyższych w specjalności dietetyka obejmujących co najmniej 1784 godziny kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskanie tytułu magistra, lub

	• rozpoczęcie przed 1 października 2007 r. studiów wyższych na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskanie tytułu magistra lub magistra inżyniera na tym kierunku
Starszy dietetyk 3 lata pracy w zawodzie dietetyka	• ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego dietetyk lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk lub ukończenie technikum lub szkoły policealnej i uzyskanie tytułu zawodowego technika technologii żywienia w specjalności dietetyka, lub tytuł zawodowy magistra lub licencjata na kierunku dietetyka, lub • rozpoczęcie przed 1 października 2007 r. studiów wyższych w specjalności dietetyka obejmujących co najmniej 1784 godziny kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskanie tytułu magistra, lub • rozpoczęcie przed 1 października 2007 r. studiów wyższych na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskanie tytułu magistra lub magistra inżyniera na tym kierunku
Dietetyk	• ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego dietetyk lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk lub ukończenie technikum lub szkoły policealnej i uzyskanie tytułu zawodowego technika technologii żywienia w specjalności dietetyka lub tytuł zawodowy magistra lub licencjata na kierunku dietetyka lub • rozpoczęcie przed 1 października 2007 r. studiów wyższych w specjalności dietetyka obejmujących co

	najmniej 1784 godziny kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskanie tytułu magistra, lub • rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007 r. studiów wyższych na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskanie tytułu magistra lub magistra inżyniera na tym kierunku

Źródło: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

System kształcenia dietetyków w Polsce

W środowisku dietetyków system kształcenia budzi dużo emocji i kontrowersji, co związane jest z kształceniem w uczelniach wyższych o różnych profilach: medycznych, przyrodniczych czy rolniczych. Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, iż obowiązujące regulacje prawne potwierdzają, że tytułu zawodowego dietetyka nie można uzyskać w wyniku ukończenia studiów podyplomowych. Takie studia pozwalają podnieść posiadane kwalifikacje zawodowe, ale nie uprawniają do nabycia tytułu[8].

Obecnie w Polsce kształcenie w zawodzie dietetyka odbywa się na poziomie wyższych studiów zawodowych na kierunku dietetyka[9]: licencjackich – pierwszego stopnia (trwają nie krócej niż 6 semestrów, z obowiązkową praktyką zawodową), magisterskich – drugiego stopnia (trwają nie krócej niż 4 semestry, z obowiązkową praktyką zawodową).

Co ważne, przyjęcie na studia drugiego stopnia wymaga zrealizowania pełnych standardów kształcenia studiów pierwszego stopnia na kierunku dietetyka. Zapis ten ma stanowić gwarancję jakości kształcenia. Należy też podkreślić w kontekście zróżnicowania osób wykonujących ten zawód, że we wcześniejszych latach kształcenie w zawodzie dietetyka odbywało się także na kierunkach: technologia żywności i żywienie człowieka (specjalność żywienie człowieka) oraz zdrowie publiczne (specjalność dietetyka). Istotna zmiana w kształceniu dietetyków nastąpiła wraz z nową klasyfikacją zawodów szkolnictwa zawodowego[10]. Zgodnie § 3 rozporządzenia regulującego ówcześnie tę problematykę od roku szkolnego 2013/2014 nie odbywa się rekrutacja kandydatów do klasy pierwszej (na semestr pierwszy) szkół prowadzących kształcenie w zawodzie. Osoby już pobierające naukę mogły oczywiście zakończyć cykl kształcenia.

W środowisku dietetyków, zwłaszcza na uczelniach, szeroko dyskutowana jest kwestia wprowadzenia jednolitych pięcioletnich studiów magisterskich, jako gwarancji wyrównania poziomu kształcenia, i nadawania uprawnień do wykonywania zawodu. Wszystkie plany z tym związane nie wyszły jednak poza etap koncepcji. Projekt ustawy i rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia zakresu uprawnień zawodowych osób wykonujących zawód dietetyka ciągle pozostaje w fazie uzgodnień i planów, a pomimo starań środowiska walka

o regulację zawodu wciąż nie przyniosła oczekiwanych rezultatów. W oczekiwaniu na ostateczne rozstrzygnięcia w tej sprawie warto zapoznać się z proponowanymi zadaniami zawodowymi dietetyków, które *de facto* odzwierciedlają zakres wykonywanych obecnie czynności, z uwzględnieniem miejsca i charakteru pracy[11].

Według tych założeń przewiduje się, że dietetyk to osoba, której praca polega m.in. na:

1) planowaniu, nadzorowaniu i stosowaniu opartego na podstawach naukowych żywienia indywidualnego i zbiorowego dla wszystkich grup ludności;

2) stosowaniu żywienia klinicznego z wykorzystaniem diet naturalnych oraz produktów leczniczych specjalnego żywieniowego przeznaczenia w leczeniu chorób przebiegających z niedożywieniem powstających na tle wadliwego żywienia i innych chorób;

3) planowaniu i przygotowywaniu potraw wchodzących w skład poszczególnych rodzajów diet, zgodnie z obowiązującymi zasadami żywienia;

4) pomaganiu w leczeniu chorób przebiegających z niedożywieniem powstających na tle wadliwego żywienia i innych schorzeń;

5) planowaniu i przygotowywaniu potraw wchodzących w skład poszczególnych rodzajów diet, zgodnie z obowiązującymi zasadami żywienia;

6) samodzielnym planowaniu jadłospisów w oparciu o obowiązującą klasyfikację diet;

7) nadzorowaniu i kontrolowaniu prawidłowości przebiegu procesów technologicznych na wszystkich etapach produkcji potraw z uwzględnieniem systemu analizy zagrożeń krytycznych punktów kontrolnych;
8) kontrolowaniu jakości surowców i produktów żywnościowych oraz warunków ich przechowywania;
9) prowadzeniu instruktażu dla pracowników zatrudnionych przy produkcji żywności pod kątem organizacji stanowisk pracy i przestrzegania zasad dobrej praktyki higienicznej i produkcyjnej;
10) uczestniczeniu w prowadzeniu leczenia żywieniowego na zlecenie i pod nadzorem lekarza;
11) rozpoznawaniu, zapobieganiu i leczeniu niedożywienia, w tym niedożywienia szpitalnego;
12) ocenie stanu odżywienia, sposobu żywienia i zapotrzebowania na składniki odżywcze pacjentów;
13) prowadzeniu dokumentacji dotyczącej żywienia pacjentów;
14) udzielaniu porad dietetycznych;
15) prowadzeniu edukacji żywieniowej.

Ponadto wykonywanie zawodu dietetyka przez osobę posiadającą wykształcenie wyższe ma polegać także na:
1) prowadzeniu samodzielnego poradnictwa żywieniowego dla różnych grup populacyjnych, zarówno ludzi zdrowych, jak i chorych;
2) pracy w charakterze nauczyciela w zakresie żywienia człowieka i dietetyki oraz prowadzeniu szkolenia i staży

zawodowych w ramach podnoszenia kwalifikacji;
3) planowaniu i prowadzeniu badań naukowych w zakresie żywienia ludzi zdrowych i chorych;
4) planowaniu i prowadzeniu programów ochrony i promocji zdrowia[12].

Podsumowanie

Analizując przedstawione powyżej zadania zawodowe, a także kompetencje dietetyków, trudno nie zgodzić się z opinią, że są to specjaliści ochrony zdrowia, wszechstronnie wykształceni, z bardzo szerokimi umiejętnościami i kompetencjami. Dietetyk powinien znaleźć bezwzględnie swoje stałe pełnoetatowe miejsce w systemie ochrony zdrowia, z uwagi na ogromną rolę, jaką odgrywa w edukacji żywieniowej pierwotnej, ale także wtórnej. Nieuzasadnionym i nieekonomicznym sposobem postępowania jest pozbawianie pacjentów, u których rozpoznano niezakaźne choroby żywieniowozależne, takie jak nadwaga, otyłość, cukrzyca, dyslipidemia, insulinooporność i wiele innych, możliwości skorzystania w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego z konsultacji wykwalifikowanego specjalisty. Pozostaje wyrazić nadzieję, że ten stan rzeczy ulegnie w niedalekiej przyszłości zmianie, a dietetyk nie będzie „dobrem luksusowym”, na które nie stać polskiego systemu ochrony

zdrowia. Warto pamiętać, że profilaktyka zawsze jest tańsza niż terapia i znacząco obniża koszty działania sytemu ochrony zdrowia.

The role and place of a dietician in the contemporary health care system

Summary

For many modern health care systems in the world, including Poland, non-infectious chronic diseases are a huge challenge and a financial burden. According to the data of the World Health Organization, many disease entities, recognized as civilizational diseases, have their background in a broadly understood lifestyle, with an inappropriate diet at the forefront. It would seem, therefore, that knowing the causes and metabolic implications of disease entities such as overweight, obesity, lipid and carbohydrate disorders, insulin resistance or type 2 diabetes, it would be reasonable to implement nutritional education preventively, but also at the time of diagnosing these abnormalities, to conduct nutritional education directed towards dietary therapy of these metabolic disorders. The person who could act as an educator indicating the right dietary choices should be the dietitian. It is s/he who performs a medical profession with a high level of responsibility for the health of patients, regardless of the diploma obtained (nature, agriculture, medicine), and it is them that should strive for the highest standards of dietary guidance. Only a professional, competent approach to the profession can be a guarantee of a good position on the labor market, but above all a certificate of care for the patient's state of health. The Polish Society of Dietetics has developed standards of therapeutic treatment for patients with simple obesity, cardiology and diabetes, and also prepared the "Code of Ethics in Professional Dietetics of the Republic of Poland", which means that we have the

tools that should guarantee the high quality of services provided. Unfortunately, we do not have therapeutic teams that would include a dietician. Despite the announcement of the Ministry of Health regarding the inclusion of dieticians in the primary health care system, the postulate of the dieticians' professional environment has not been implemented. An exception in this respect are some diabetology clinics or hospital departments that they employ certified dietitians in their structures.

Keywords: diabetes, dietician, dietotherapy, education, health care

DR KATARZYNA KOWALCZE –
Zakład Dietetyki i Oceny Żywności, Instytut Nauk o Zdrowiu, Wydział Przyrodniczy, Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach

---

1 Standardy leczenia dietetycznego otyłości prostej u osób dorosłych. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Dietetyki 2015, https://ptd.org.pl/sites/default/files/standardy_ptd_otylosc_2015.pdf (dostęp: 1.04.2019).

2 Standardy postępowania dietetycznego w kardiologii. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Dietetyki 2016, https://ptd.org.pl/artykuly/standardy-postepowania-dietetycznego-w-kardologii-stanowisko-ptd-2016 (dostęp: 1.04.2019).

3 D. Gajewska, P. Kęszycka, J. Myszkowska-Ryciak i in., *Rekomendacje postępowania dietetycznego w cukrzycy. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Dietetyki 2017*, „Dietetyka" 2017, t. 10.

4 Portal Polskiego Towarzystwa Dietetyki, zakładka: *Kodeks etyki zawodowej dietetyka Rzeczypospolitej Polskiej*, https://ptd.org.pl/kodeks-etyki (dostęp: 12.11.2018).

5 Zob. nieobowiązujące już rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz jej stosowania (Dz. U. Nr 82, poz. 537 ze zm.) i rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji

wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151, poz. 896).

6 Tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 227 ze zm.

7 Zob. Portal Polskiego Towarzystwa Dietetyki, zakładka: *Kształcenie w zawodzie dietetyka*, https://ptd.org.pl/ksztalcenie (dostęp: 12.11.2018).

8 Portal Polskiego Towarzystwa Dietetyki, zakładka: *Regulacje prawne*.

9 Portal Polskiego Towarzystwa Dietetyki, zakładka: *Kształcenie w zawodzie dietetyka*.

10 Określoną rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. poz. 7 ze zm.).

11 Portal Polskiego Towarzystwa Dietetyki, zakładka: *Kształcenie w zawodzie dietetyka*.

12 Portal Polskiego Towarzystwa Dietetyki, zakładka: *Regulacje prawne*.

Justyna Krysa,
Grażyna Iwanowicz-Palus,
Mariola Kicia,
Magdalena Korżyńska-Piętas,
Ewa Rzońca,
Agnieszka Bień

Nowy zawód – opiekun medyczny

Wstęp

Postępujący proces starzenia się ludności Polski, podobnie jak społeczeństw w całej Europie, spowodował wzrost zapotrzebowania na świadczenie usług opiekuńczych osobom o ograniczonej samodzielności[1]. Starzenie się dotyczy także pracowników sytemu ochrony zdrowia[2].

Z prognoz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (z 2017 r.) i Głównego Urzędu Statystycznego (z 2016 r.) wynika, że do 2030 r. systematycznie będzie zwiększać się liczba zarejestrowanych pielęgniarek i położnych, które nabyły uprawnienia emerytalne. Średni wiek pielęgniarek i położnych pracujących w systemie ochrony zdrowia ulegnie podwyższeniu. Wyzwaniem staje się zachęcenie do

kształcenia na kierunkach medycznych takiej liczby osób, która zapewni zastępowalność pokoleń w grupie personelu medycznego. Prognozuje się, że zmniejszeniu ulegnie wskaźnik zatrudnionych pielęgniarek na 1000 mieszkańców. Procesy te sprzyjają poszukiwaniu na rynku pracy kompetentnych osób, które będą świadczyły usługi opiekuńcze, pielęgnacyjne i higieniczne dla swoich podopiecznych, działając wspierająco wobec innych zawodów medycznych. Odpowiedzią na te poszukiwania jest powstanie nowego zawodu – opiekuna medycznego[3].

Kształcenie w zawodzie opiekuna medycznego

Opiekun medyczny jest profesjonalistą, który niesie pomoc osobom chorym i niesamodzielnym. Pomoc ta polega na zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych oraz podtrzymaniu podstawowej aktywności fizycznej i intelektualnej[4]. Zawód opiekuna medycznego wprowadzono do systemu ochrony zdrowia w 2008 r. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania[5] zawód ten jest sklasyfikowany jako pracownik opieki osobistej w ochronie zdrowia, w kategorii Pomocniczy personel medyczny pod numerem 532102.

Osoba po ukończeniu szkoły i pozytywnym zdaniu egzaminu posiada kwalifikację Z4 do wykonywania zawodu opiekun medyczny, tzn. świadczenia usług opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej[6].

Kwalifikacje do wykonywania zawodu opiekuna medycznego uzyskuje się po ukończeniu szkoły policealnej o okresie nauczania nie dłuższym niż 2,5 roku. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 13 marca 2017 r. istnieje możliwość prowadzenia kształcenia na kwalifikacyjnych kursach zawodowych w zakresie kwalifikacji wyodrębnionych w zawodzie[7].

Zakres kompetencji opiekuna medycznego

Kwalifikacje wyodrębnione dla poszczególnych zawodów obejmują określony zasób wiedzy, umiejętności zawodowych oraz kompetencji personalnych i społecznych, które opisano w Polskiej Ramie Kwalifikacji (PRK). Zakres i stopień złożoności wymaganych efektów uczenia się dla poszczególnych kwalifikacji zależy od poziomu i jest sformułowany za pomocą ogólnych charakterystyk efektów uczenia się. Podmiot prowadzący kwalifikacyjny kurs zawodowy jest zobowiązany uwzględnić w realizowanym programie nauczania wszystkie wskazane komponenty właściwe dla danej kwalifikacji[8].

W przypadku szkoły kształcącej w zawodzie opiekuna medycznego, zakwalifikowanym do poziomu 4, jej adept w zakresie wiedzy zna i rozumie „poszerzony zbiór podstawowych faktów, umiarkowanie złożonych pojęć, teorii i zależności między wybranymi zjawiskami przyrodniczymi, społecznymi oraz w sferze wytworów ludzkiej myśli, a ponadto w określonych dziedzinach w szerszym zakresie fakty, umiarkowanie złożone pojęcia, teorie i zależności między nimi, podstawowe uwarunkowania prowadzonej działalności". W zakresie umiejętności potrafi „wykonywać niezbyt złożone zadania, w części bez instrukcji, często w zmiennych warunkach, rozwiązywać niezbyt proste, w pewnej części nietypowe problemy, często w zmiennych warunkach, uczyć się samodzielne w zorganizowanej formie, odbierać złożone wypowiedzi, tworzyć niezbyt złożone wypowiedzi dotyczące szerokiego zakresu zagadnień, odbierać i formułować proste wypowiedzi w języku obcym". Natomiast w zakresie kompetencji społecznych jest gotów do „przyjmowania odpowiedzialności związanej z uczestnictwem w różnych wspólnotach i funkcjonowaniem w różnych rolach społecznych autonomicznego działania i współdziałania w zorganizowanych warunkach, oceniania działań swoich i osób, którymi kieruje, przyjmowania odpowiedzialności za skutki działań własnych oraz tych osób"[9].

Kompetencje opiekuna medycznego przedstawia podstawa programowa kształcenia w zawodzie opiekun

medyczny zawarta w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 r. w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych[10]. Zgodnie z nią absolwent szkoły kształcącej w zawodzie opiekun medyczny może pełnić następujące zadania zawodowe:

1) rozpoznaje i rozwiązuje problemy opiekuńcze osób chorych i niesamodzielnych w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku;

2) pomaga osobom chorym i niesamodzielnym w zaspokajaniu potrzeb biopsycho-społecznych;

3) asystuje pielęgniarkom i innemu personelowi medycznemu w czasie wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych;

4) konserwuje, dezynfekuje przybory i narzędzia stosowane do zabiegów;

5) podejmuje współpracę z zespołem opiekuńczym i terapeutycznym podczas świadczenia usług z zakresu opieki medycznej nad osobą chorą i niesamodzielną.

Opiekun medyczny, realizując przypisane do jego zawodu zadania, musi znać zasady bezpieczeństwa i przestrzegać ich. Powinien poznać przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy obowiązujące w zakładzie, w którym pracuje, być świadomym praw i obowiązków pracownika i pracodawcy, przede wszystkim w zakresie organizacji swojego stanowiska pracy, a w szczególności:

1) przewidywać zagrożenia dla zdrowia i życia człowieka oraz mienia i środowiska wynikające z wykonywania

swojego zawodu, znać skutki działania czynników szkodliwych, potrafić odpowiednio zastosować środki ochrony indywidualnej, a także zbiorowej;
2) przestrzegać zasad aseptyki i antyseptyki, a także zasad bezpieczeństwa związanych z materiałem uznawanym za biologicznie skażony;
3) udzielić pierwszej pomocy w sytuacji wypadku przy pracy oraz w stanach zagrożenia zdrowia i życia, zgodnie ze swoimi kompetencjami[11].

Obowiązkiem opiekuna medycznego jest aktualizacja wiedzy i doskonalenie umiejętności zawodowych. Współpracując w zespole interdyscyplinarnym, czuje się odpowiedzialny za swoje zadania. Zapewnia pacjentowi ciągłość opieki, potrafi się z nim prawidłowo komunikować. W swojej pracy przestrzega tajemnicy zawodowej. Prowadzi dokumentację medyczną oraz archiwizuje ją. Przestrzega zasad promocji zdrowia i przepisów ustawodawstwa zawodowego[12].

Kompetencje w zakresie etyki podczas wykonywania obowiązków zawodowych dotyczą zasad etycznego postępowania wobec pacjenta i jego rodziny, a także współpracowników, szczególnie w przypadku zasad dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego. Opiekun medyczny praktykuje pielęgnowanie dobrej jakości, kierując się zachowaniem intymności i zasad bezpieczeństwa podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych. Przestrzega praw pacjenta. Do

podstawowych zasad etyki zawodowej, którymi powinien kierować się opiekun medyczny, należą:

1) opiekuńczość, jako zobowiązanie do opieki zaspokajającej potrzeby, zwiększającej stabilizację i zadowolenie pacjenta i minimalizującej lub likwidującej cierpienie;

2) sprawiedliwość, czyli traktowanie podopiecznych jednakowo, bez faworyzowania i stawiania kogokolwiek w pozycji uprzywilejowanej;

3) poszanowanie autonomii, czyli traktowanie każdego podopiecznego jako niezależnej jednostki, dając jej prawo do podejmowania decyzji pomimo istnienia różnego stopnia niesamodzielności pacjenta;

4) uczciwość, czyli stwarzanie relacji wzajemnego zaufania, przekazywanie podopiecznemu faktów zgodnych z prawdą;

5) lojalność, czyli dotrzymywanie obietnic danych podopiecznemu, zachowanie tajemnicy, dyskrecji[13].

Kompetencje w zakresie pielęgnacji i opieki obejmują zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych u osób chorych i niesamodzielnych. Podstawowe świadczenia pielęgnacyjne dotyczą wsparcia osoby niesamodzielnej w karmieniu, pomocy w wykonywaniu czynności fizjologicznych, wspomagania lub wyręczania pacjenta w higienie ciała oraz pomocy w przemieszczaniu się osoby niesamodzielnej. Opiekun medyczny dba o wygodne ułożenie pacjenta w łóżku, pomaga w przyjmowaniu leków, które zlecił lekarz. W procesie pielęgnowania współpracuje

z pielęgniarką, a także z resztą zespołu terapeutycznego, przekazując im informacje o stanie zdrowia pacjenta i zapewniając tym samym kompleksowość oraz ciągłość opieki[14].

Czynności opiekuńcze wobec osób chorych i niesamodzielnych dotyczą głównie takich działań jak towarzyszenie oraz pomoc w czynnościach dnia codziennego. Opiekun medyczny dba o otoczenie chorego, temperaturę powietrza, czystość przestrzeni, w której przebywa podopieczny, odpowiednie funkcjonowanie sprzętu wspomagającego, z którego korzysta osoba chora i niesamodzielna. Kontroluje stan materaca przeciwodleżynowego, zmienia pościel pacjenta i jego bieliznę osobistą. Jeżeli świadczenia opiekuna medycznego realizowane są w domu pacjenta, pomaga on w prowadzeniu gospodarstwa domowego, robieniu zakupów oraz wykonywaniu innych czynności zawartych w umowie, które mają wpływ na bezpieczeństwo podopiecznego[15].

W zespołowej opiece istnieje wiele możliwości pracy dla opiekunów medycznych: na oddziałach szpitalnych, w zakładach opiekuńczo-leczniczych, ośrodkach i domach pomocy społecznej, niepublicznych zespołach opieki zdrowotnej, fundacjach i stowarzyszeniach działających na rzecz osób chorych i niepełnosprawnych, a także w środowisku domowym chorego. Obowiązujące regulacje prawne nie określają jednak całościowo i jednoznacznie

wzajemnych relacji między członkami zespołu opiekuńczo-terapeutycznego, w tym w szczególności zasad współpracy między opiekunem medycznym a pielęgniarką. Niejasne są głównie zasady współpracy z położną[16].

W grudniu 2013 r. uchwałą nr 136/VI/2013 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych przyjęto katalog czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przyjęła zmianę tej uchwały i w załączniku nr 1 do uchwały 176/VI/2014 z dnia 19 marca 2014 r. wykreślono zapis o możliwości karmienia przez zgłębnik i gastrostomię. Obecnie katalog czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki przedstawia się następująco:

- ścielenie łóżka z chorym,
- toaleta jamy ustnej,
- mycie głowy w łóżku,
- toaleta całego ciała w łóżku,
- toaleta całego ciała pod natryskiem,
- toaleta całego ciała w wannie,
- higiena intymna,
- ułożenie pacjenta i zmiana pozycji ułożeniowej,
- zmiana bielizny osobistej i pościelowej w łóżku,
- toaleta przeciwodleżynowa,
- zastosowanie udogodnień w łóżku,
- zastosowanie materaca przeciwodleżynowego,

- pomiar ciśnienia tętniczego krwi,
- pomiar tętna,
- pomiar temperatury,
- pomiar oddechów,
- pomiar masy ciała,
- pomiar wzrostu,
- przygotowanie i założenie okładu zimnego suchego,
- przygotowanie i założenie okładu zimnego wilgotnego,
- przygotowanie i założenie okładu ciepłego suchego,
- przygotowanie i założenie okładu ciepłego wilgotnego,
- wymiana worka stomijnego,
- założenie i zmiana cewnika zewnętrznego (nakładki na prącie wykonanej z miękkiego silikonu, przez którą mocz spływa do worka na mocz),
- wymiana worka na mocz,
- wymiana worka zewnętrznego na stolec,
- stawianie baniek próżniowych,
- prowadzenie dobowej zbiórki moczu,
- kontrola oddawania moczu i stolca,
- wykonanie ćwiczeń biernych w łóżku,
- pomoc w korzystaniu ze sprzętu rehabilitacyjnego,
- pomoc w przygotowaniu pacjenta do badań diagnostycznych wykonywanych przez pielęgniarkę,
- asystowanie pielęgniarce podczas wykonywania zabiegów pielęgniarskich,
- asystowanie pielęgniarce w zastosowaniu przymusu bezpośredniego[17].

Współpraca opiekuna medycznego z położną na przykładzie Wielkiej Brytanii

Zawód opiekuna medycznego jest szeroko rozpowszechnioną profesją w Wielkiej Brytanii. Pracownicy pomocowi wspierają tam pracę pielęgniarek i położnych. W oddziałach położniczych oraz w opiece środowiskowej nad matką, dzieckiem i całą rodziną wsparcie położnym zapewniają *maternity support workers*, co podnosi jakość świadczonej opieki. Rolą pracowników, potocznie zwanych MSW, jest podejmowanie, pod nadzorem zarejestrowanej położnej, zadań i obowiązków, w przypadku których nie są wymagane szkolenie i rejestracja w National Health Service (NHS). Definicja MSW nie jest jasno określona, a Royal College of Midwives rekomenduje przestrzeganie pewnych zasad, które pomogą określić rolę i obowiązki pracownika pomocy położnej. Przede wszystkim kompetencje położnych i czynności objęte ich odpowiedzialnością nie mogą być przekazywane innym osobom. *Maternity support workers* uzupełniają opiekę, jaką położne zapewniają matce i jej rodzinie. W zawodzie tym można pracować po formalnym ukończeniu programu edukacyjnego i zdobyciu odpowiedniej wiedzy i umiejętności oraz wypracowaniu niezbędnych postaw. Bezpieczne wykonywanie obowiązków przez pracownika MSW wymaga nadzoru położnej[18].

Poniżej przedstawiono zadania, które zdaniem Royal College of Midwives może wykonywać pracownik zatrudniony w charakterze pomocy położniczej:

1. Czynności porządkowe w zakresie przygotowania miejsca porodu, narzędzi i sprzętu niezbędnego w czasie wykonywania pracy położnej, w tym słanie łóżka pacjentki, odpowiedzialność za sterylizację, nadzór nad prawidłowym działaniem sprzętu, ocena kompletności zestawów, odpowiedzialność za zaopatrzenie.
2. Wprowadzanie danych do systemów komputerowych.
3. Pomaganie położnej w organizowaniu zajęć w opiece okołoporodowej oraz uczestnictwo w tych zajęciach.
4. Pomaganie podczas przeprowadzania badań (w tym badania USG, przekazywania materiału do laboratorium).
5. Obliczanie wskaźnika masy ciała pacjentki.
6. Pobieranie próbki moczu do badania od pacjentki.
7. Prowadzenie bilansu płynów.
8. Pobieranie próbki krwi z palca do analizy poziomu glukozy za pomocą glukometru.
9. Edukacja kobiety na temat higieny osobistej, w tym higieny jamy ustnej.
10. Dokumentowanie objawów życiowych matki, takich jak: temperatura, tętno, częstość oddechów i ciśnienie krwi oraz informowanie położnej o wszelkich zaburzeniach.
11. Rozpoznawanie oznak złego stanu zdrowia u matek i zgłaszanie tego faktu do położnej.

12. Stosowanie pończoch uciskowych jako profilaktyki przeciwzakrzepowej.
13. Współpraca z położną w przygotowaniu kobiety do planowego cięcia cesarskiego.
14. Stosowanie TENS.
15. Stosowanie ucisku nadłonowego w dystocji barkowej.
16. Pomaganie w układaniu kobiet w pozycji litotomicznej w ramach przygotowania do porodu zabiegowego.
17. Stosowanie ucisku podczas krwotoku poporodowego.
18. Usuwanie cewnika z cewki moczowej.
19. Usuwanie cewnika zewnątrzoponowego.
20. Wspieranie świeżo upieczonych matek i ich partnerów.
21. Promowanie kontaktu „skóra do skóry” u zdrowych dzieci i ich matek.
22. Wspieranie matki podczas kąpieli dziecka.
23. Pomaganie matkom w ćwiczeniach poporodowych.
24. Informowanie rodziców o korzyściach płynących z karmienia piersią.
25. Edukacja w zakresie pozycji i techniki karmienia piersią.
26. Pomaganie w ściąganiu pokarmu, w tym nauka korzystania z laktatorów.
27. Wspieranie matki w karmieniu piersią.
28. Pomaganie przy podawaniu dziecku ściągniętego mleka, edukacja na temat rozszerzania diety.
29. Informowanie na temat wydalania moczu i stolca u zdrowego noworodka.

30. Udzielanie informacji i wsparcia rodzinie w przypadku utraty dziecka.
31. Prowadzenie pielęgnacji dziecka w zakresie: zmiany pieluchy, ważenia, pielęgnacji skóry i umiejętności rozpoznawania podstawowych problemów skórnych, pielęgnacji oczu, kąpieli noworodka, dbania o bezpieczeństwo oraz dokumentacji podstawowych parametrów życiowych i informowanie położnej o wszelkich zaburzeniach.
32. Obserwacja i informowanie matki o pielęgnacji kikuta pępowiny, w tym o rozpoznaniu nieprawidłowości i konieczności zgłaszania ich położnej.
33. Pobieranie próbki moczu od dziecka do badania.
34. Pobieranie krwi przez ukłucie pięty, w tym wykonywanie badań przesiewowych.
35. Rozpoznawanie i zgłaszanie oznak żółtaczki noworodków.
36. Wykonywanie przesiewowego badania słuchu u noworodków[19].

W zakresie zdrowia publicznego pracownicy MSW w Wielkiej Brytanii są zobowiązani do promowania zdrowego stylu życia poprzez przekazywanie informacji i porad dotyczących zdrowego odżywiania i zaprzestania palenia tytoniu. Pracownicy MSW wspierają również pracę na sali operacyjnej i w środowisku domowym kobiety[20].

Podsumowanie

Zawód opiekuna medycznego jest zawodem niedocenianym w Polsce. Tymczasem jest to profesja, która może w znacznej mierze rozwiązać problemy niedostatku pielęgniarek i położnych na oddziałach. W polskim prawie kwalifikacja do zawodu obejmuje opiekę nad osobami chorymi i niesamodzielnymi, które wymagają stałych czynności pielęgnacyjnych, co niestety w większości dyskwalifikuje absolwentów tego kierunku ze wsparcia pracy położnej. Nie ma też regulacji prawnych dotyczących współdziałania pomiędzy pielęgniarkami i położnymi a opiekunami medycznymi, które określałyby konkretne ramy tej współpracy. Problemem jest nadal dominujący w myśleniu zarządzających szpitalami paradygmat, że to pielęgniarki czy położne wykonują podstawowe czynności z zakresu pielęgnacji pacjenta i z tego względu nie zatrudnia się opiekunów medycznych.
W rzeczywistości, z uwagi na duże obłożenie pracą pielęgniarek i położnych, podstawowe czynności pielęgnacyjne najczęściej wykonuje rodzina pacjenta. Chociaż jest to prosta praca, wymaga odpowiedzialności i kompetencji, gdyż przy braku wiedzy i umiejętności można doprowadzić do powikłań z powodu zaniedbań

pielęgnacyjnych. Nie wolno więc lekceważyć przedstawicieli zawodu, którzy wspierają personel medyczny w prawidłowej podstawowej pielęgnacji i opiece czy kontynuacji leczenia farmakologicznego, gdyż dla pacjentów działania takie są warunkiem prawidłowego funkcjonowania w środowisku, w którym żyją[21].

Zmiany demograficzne, a także przeobrażanie się standardów świadczeń opieki zdrowotnej wpływają na wzrost obowiązków, podejmowanie nowych ról zawodowych przez pielęgniarki i położne, a tym samym rodzą konieczność włączania w opiekę pomocniczych zawodów medycznych. Wprowadzenie do systemu opieki zdrowotnej zawodu opiekuna medycznego oraz podjęcie działań na rzecz przygotowania odpowiednich zmian legislacyjnych w zakresie uregulowania współpracy pielęgniarek, położnych i opiekunów medycznych przyczyni się do wzrostu jakości opieki, a przez to bezpieczeństwa pacjentów.

New profession – medical care assistant

Summary

Demographic changes as well as the transformation of healthcare standards influence the increase of duties, new occupational roles for nurses and midwives, and at the same time result in the necessity of including auxiliary medical professions in the process of care. Introducing the profession of a medical care assistant into the health care system and preparing appropriate legislative changes in the

regulation of cooperation between nurses, midwives and medical care assistants would increase of the quality of care and patient’s safety.

Keywords: profession, medical care assistant, maternity support workers

MGR POŁOŻN. JUSTYNA KRYSA,
DR HAB. N. O ZDR. GRAŻYNA IWANOWICZ-PALUS,
DR N. O ZDR. MARIOLA KICIA,
MGR POŁOŻN. MAGDALENA KORŻYŃSKA-PIĘTAS,
DR N. O ZDR. EWA RZOŃCA,
DR HAB. N. O ZDR. AGNIESZKA BIEŃ –
Zakład Podstaw Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

---

1 P. Błędowski, *Potrzeby opiekuńcze osób starszych*, w: *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, Poznań 2012, s. 449–466.

2 Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r.*, Warszawa 2017, s. 69–80; L. Werachowska, I. Damps-Konstańska, A. Janowicz i in., *Opiekun medyczny nowym elementem zespołu terapeutycznego w opiece nad przewlekle chorymi i starszymi pacjentami*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2013, nr 21 (2), s. 235–241.

3 Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r.*, dz. cyt., s. 69–80; Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, *Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych*, Warszawa 2017, s. 34.

4 *Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce*, Warszawa 2017, s. 92–97.

5 Dz. U. z 2018 r. poz. 227 ze zm.

6 Portal OpiekunMedyczny.com.pl, zakładka: *Kim jest Opiekun Medyczny?*, http://opiekunmedyczny.com.pl/who-we-are (dostęp: 13.04.2018).

7 Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 listopada 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. poz. 1876); rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 13 marca 2017 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. poz. 622 ze zm.).

8 Ustawa z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 2153 ze zm.).

9 Załącznik do ustawy o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji – Uniwersalne charakterystyki poziomów w Polskiej Ramie Kwalifikacji.

10 Dz. U. poz. 204 ze zm.

11 E. Szwałkiewicz, *Opiekun medyczny w praktyce*, Warszawa 2013, s. 17.

12 Tamże, s. 17.

13 Tamże, s. 17–24.

14 Tamże, s. 18–19.

15 Tamże, s. 19.

16 L. Werachowska, I. Damps-Konstańska, A. Janowicz i in., *Opiekun medyczny nowym elementem zespołu terapeutycznego w opiece nad przewlekle chorymi i starszymi pacjentami*, dz. cyt., s. 235–241; *Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce*, dz. cyt., s. 58.

17 Załącznik nr 1 do uchwały 176/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 marca 2014 r. w sprawie zmiany uchwały nr 136/VI/2013 Naczelnej
Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia katalogu czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki, http://arch.nipip.pl/index.php/prawo/uchwaly/naczelnych-rad/w-roku-2014/posiedzenie-w-marcu/2614-uchwala-nr-176-vi-2014-w-sprawie-zmiany-uchwaly-nr-136-vi-2013-nrpip-z-4-grudnia-2013-r-dotyczacej-katalogu-czynnosci-wykonywanych-przez-opiekuna-medycznego-u-osoby-chorej-i-niesamodzielnej-na-zlecenie-i-pod-nadzorem-pielegniarki?fb_comment_id=1338886032806240_1953825844645586
(dostęp: 1.04.2019); uchwała nr 136/VI/2013 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia katalogu czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej

na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki, http://arch.nipip.pl/index.php/prawo/uchwaly/naczelnych-rad/w-roku-2013/posiedzenie-w-grudniu/2504-136-06-2013 (dostęp: 1.04.2019).

18 The Royal College of Midwives, *Maternity Support Workers. The roles and responsibilities of MSWs*, London 2016, www.rcm.org.uk/msw (dostęp: 12.04.2018).

19 Tamże.

20 Tamże.

21 Portal Polityka senioralna, *Kim jest „opiekun medyczny"? Rozmowa z Elżbietą Szwałkiewicz, prezesem Polskiego Stowarzyszenia Opiekunów „Z Nami Łatwiej" oraz przewodniczącą Koalicji Na Pomoc Niesamodzielnym*, http://polityka.zaczyn.org/kim-jest-opiekun-medyczny/ (dostęp: 14.04.2018).

Magdalena Wieczorkowska,
Agnieszka Pawlak

Koordynator opieki senioralnej zawodem przyszłości w starzejącym się społeczeństwie

Starzenie się społeczeństwa – zarys demograficzny

Starzenie się populacji to zwiększanie się odsetka osób starszych przy jednoczesnym zmniejszaniu się odsetka dzieci[1]. Zazwyczaj próg starości określa się na 60 lat (np. Światowa Organizacja Zdrowia) lub 65 lat (np. Organizacja Narodów Zjednoczonych, Eurostat). Starzenie się społeczeństw może być charakteryzowane w oparciu o różnorodne mierniki. Pierwszym z nich jest struktura populacji w podziale na biologiczne grupy wieku: 0–14, 15–64, 65 i więcej. Do 2050 r. liczba ludności Polski w wieku do 14 lat zmniejszy się o ponad 77 tys., w wieku od 15. do 64.

roku życia zmniejszy się o prawie 1 mln 686 tys., zaś liczba ludności powyżej 65. roku życia wzrośnie o 896 tys.[2]

Drugim miernikiem jest współczynnik starości demograficznej (ang. *old-age rate*), czyli odsetek osób powyżej 65. roku życia w całej populacji. Prognoza Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) przewiduje, że w Polsce współczynnik ten wzrośnie z 18,9% w 2020 r. do 32,7% w 2050 r. Dla województwa łódzkiego prognoza przewiduje wzrost z 20,9% w 2020 r. do 34,2% w 2050 r., zaś dla województwa lubelskiego – z 19,3% do 34,7%[3].

Innym współczynnikiem jest mediana wieku populacji, czyli tzw. wiek środkowy. Według prognoz GUS wzrośnie ona z 39,1 roku w 2013 r. do 50,8 lat w 2050 r.[4]

Jeszcze innym miernikiem jest tzw. indeks starości, czyli liczba osób w wieku 65 lat i więcej na 1000 osób w wieku 0–14 lat. Według prognozy wzrośnie on z 1271 osób w 2020 r. do 2693 osób w 2050 r.[5]

Do określania dynamiki procesów demograficznych wykorzystuje się także współczynnik obciążenia demograficznego dziećmi i osobami starszymi. Prognozy pokazują, że pierwszy z nich będzie malał, podczas gdy drugi będzie wykazywał tendencję wzrostową. Istnieją również generacyjne współczynniki wsparcia: współczynnik potencjalnego wsparcia (ang. *potential support ratio*)[6], który w prognozie wykazuje tendencję spadkową, oraz współczynnik opieki nad rodzicami (ang. *parent support ratio*)[7], który do 2050 r. będzie wzrastał[8]. Według prognoz

Głównego Urzędu Statystycznego w 2050 r. liczba ludności Polski wyniesie 33 mln 951 tys.[9]

Omówione powyżej współczynniki oraz ich prognozowane wartości do 2050 r. pokazują, że ludność Polski starzeje się i tendencja ta będzie się przez najbliższe lata utrzymywała. Szczegółowe analizy pokazują wewnętrzną dynamikę w odniesieniu do województw – część z nich będzie się starzeć wolniej (np. mazowieckie, wielkopolskie), podczas gdy w innych proces ten będzie przebiegał szybciej (np. w łódzkiem). Nakreślony powyżej obraz uzasadnia konieczność podjęcia problematyki dotyczącej potrzeb i oczekiwań seniorów, gdyż rosnąca ich liczba wymusza reorientację większości dziedzin codziennego życia na najstarszych członków społeczeństwa. Znajomość tej kategorii społecznej pod względem jej potrzeb, upodobań, stylów życia, ograniczeń i możliwości jest niezbędna do tego, by projektowane produkty i usługi spotykały się z właściwym odbiorem i poprawiały jakość życia seniorów. Jak zostanie wykazane poniżej, nie wystarczy sama wiedza, konieczne jest bowiem wykształcenie odpowiednich specjalistów, którzy dysponując tą wieloaspektową wiedzą i umiejętnościami, będą w stanie efektywnie zaspokajać potrzeby polskich seniorów.

Potrzeby seniorów jako wyzwanie dla współczesnych społeczeństw

Opisane powyżej wskaźniki demograficzne nie pozostawiają wątpliwości, że osoby powyżej 65. roku życia stanowią i będą stanowić coraz liczniejszą grupę we współczesnym społeczeństwie, a ich problemy i potrzeby nie mogą pozostać niezauważone. Stereotyp zrzędliwego, pasywnego i schorowanego starca odchodzi w zapomnienie – współcześni seniorzy są coraz lepiej wykształceni, aktywni i coraz bardziej świadomi swoich potrzeb. Stają się tym samym wyzwaniem dla wielu obszarów życia społecznego.

Mówiąc o seniorach, należy przede wszystkim pamiętać, że są oni jedną z najbardziej niejednorodnych wewnętrznie grup społecznych[10]. Sześćdziesięciolatek różni się od osiemdziesięciolatka nie tylko wiekiem metrykalnym, ale też odmiennymi doświadczeniami (uwarunkowanymi biografią i historią), stanem zdrowia, mentalnością, potrzebami, a także preferowanymi sposobami ich zaspokajania. Traktowanie wszystkich seniorów w oparciu o tzw. zasadę wspólnego mianownika przy projektowaniu rozwiązań dostosowanych do ich potrzeb jest błędem. Można wręcz stwierdzić, iż wiek nie jest dobrym wyznacznikiem segmentacji *per se*. Wielu specjalistów branży marketingowej czyni jednak to stereotypizujące uproszczenie i stosując zasadę wspólnego mianownika, kreuje rozwiązania „dla wszystkich seniorów”.

W Stanach Zjednoczonych problem ten dostrzeżono już w drugiej połowie lat 90. XX w. George P. Moschis w swojej książce *Gerontographics. Life-stage segmentation for marketing strategy development* używa określenia „dojrzały rynek”, pokazując jego wewnętrzne zróżnicowanie[11].

W kolejnej pracy z tego samego roku ponownie opisuje typologię seniorów, jako kryterium segmentacji przyjmując sposób starzenia się konsumentów[12]:

1) zdrowy „dogadzacz” (ang. *healthy indulger*) – ta grupa ma niewielkie doświadczenia związane ze starością. Są to często osoby wciąż aktywne zawodowo i ich zachowania konsumpcyjne przypominają młodszych konsumentów. Ich zasoby materialne pozwalają na zakup dóbr luksusowych i spełnianie swoich zachcianek;

2) zdrowy samotnik (ang. *healthy hermit*) – jego zachowania konsumpcyjne są reakcją na wydarzenia życiowe (np. śmierć współmałżonka). Nie chce być postrzegany jako osoba stara, więc zaopatruje się w dobra cenione społecznie i chce być akceptowany przez otoczenie. Takie osoby mają skłonność do kupowania produktów znanych marek (bo inni także je kupują);

3) schorowany „uczestnik życia” (ang. *ailing outgoer*) – to osoba, która doświadczyła traumatycznych przeżyć (choroba, śmierć bliskiej osoby), a mimo to nadal chce korzystać z życia jak najwięcej;

4) wątły samotnik (ang. *frail recluse*) – osoba, którą negatywne doświadczenia skłaniają do izolacji i pozostawania w domu.

Ta klasyczna już typologia wydaje się wciąż dobrym odzwierciedleniem struktury seniorów konsumentów w Polsce. Niestety nie ma badań pokazujących, na ile jest adekwatna do naszych rodzimych realiów. Niemniej jednak nawet w swej warstwie teoretycznej pokazuje ona zróżnicowanie stylów konsumpcyjnych seniorów, niekoniecznie odzwierciedlających ich biologiczny wiek, który zazwyczaj jest podstawą segmentacji marketingowych.

Felicjan Bylok opisuje inną typologię, stworzoną przez francuskich badaczy, której głównym kryterium jest sposób podejmowania decyzji konsumenckich oraz postrzeganie czasu wolnego[13]:

1) towarzyscy – najważniejsze są dla nich kontakty z innymi, zatem informacje o produktach pozyskują od znajomych, a w relacjach konsumenckich ważne są dla nich kontakty z personelem;

2) surowi – typ racjonalny, decyzje o zakupach podejmują w oparciu o rzetelne informacje;

3) aktywni – cenią sukces i dbają o swój wizerunek, zaś aktywnością konsumpcyjną podkreślają swoją pozycję społeczną;

4) rozważni – cenią rzetelną informację i wartości indywidualne, kupują tylko to, co jest im potrzebne;

5) zaniepokojeni – najważniejsze dla nich wartości to lojalność i uczciwość, ze względu na dość niskie dochody z troską i niepokojem myślą o swojej przyszłości, cenią porady bliskich przy podejmowaniu decyzji konsumpcyjnych;
6) oryginalni – chcą się wyróżniać z tłumu i tym kierują się podczas zakupów;
7) liderzy – nie sugerują się opiniami innych, sami podejmują decyzje konsumenckie, są niezależni;
8) entuzjaści – akceptują swoją starość i z radością korzystają z oferty dostosowanej do ich wieku.

Polskie badania w tym zakresie także pokazują zróżnicowanie wewnętrzne seniorów pod względem ich preferencji nabywczych. Jedną z najpełniejszych analiz przedstawiła Alicja Kusińska, która wykorzystując wywiad osobisty, wyodrębniła cztery grupy seniorów[14]:
1) osoby doświadczające trudności finansowych – ograniczają konsumpcję dóbr do niezbędnych. Osoby te zwykle są domatorami i często należą do organizacji o charakterze religijnym;
2) osoby o niskich aspiracjach materialnych – stronią od zbytku, koncentrując się na zachowaniu dobrego zdrowia. Skupiają się na krewnych oraz instytucjach pomocowych jako źródłach wsparcia;
3) osoby przywiązujące wagę do dóbr materialnych – rzadko uczestniczą w życiu kulturalnym, zazwyczaj czas wolny spędzają biernie;

4) osoby o wysokich aspiracjach materialnych i poznawczo-konsumpcyjnych – chętnie zaspokajają swoje potrzeby, podróżują, aktywnie uczestniczą w kulturze, zawierają nowe znajomości.

Jak widać z tej pobieżnej analizy, zróżnicowanie wewnętrzne kategorii seniorów jest ogromne. Dla każdej z tych grup należy projektować inne rozwiązania, bo inne będą oczekiwania jej przedstawicieli względem zaspokajania tych samych potrzeb, odmienna będzie także struktura potrzeb.

Drugim błędem jest myślenie o seniorach jako grupie zbliżonej do dzieci i stosowanie przy projektowaniu produktów i usług podobnego podejścia. Przejawia się to protekcjonalnością werbalną i behawioralną i może skutkować tzw. inflantylizacją starości[15], a wynika z błędnych założeń na temat obu grup. Podczas gdy dziecko jest pozbawione doświadczeń i w toku korzystania z dóbr i usług dopiero je nabywa, senior nie jest *tabula rasa*, czystą tablicą, lecz ma swój bagaż indywidualnych doświadczeń kształtujących jego poglądy i podejście do życia.

Trzeci błąd to stereotypowe traktowanie seniorów jako schorowanych, biednych i zrzędliwych. Ze względu na zróżnicowanie wewnętrzne tej grupy nie jest uzasadnione stosowanie takich generalizacji. Jak w każdej zróżnicowanej grupie, znajdą się seniorzy, których kondycja fizyczna jest niższa od przeciętnej dla całej grupy, a także bardziej

konserwatywni i odznaczający się niższymi dochodami, lecz nie dotyczy to każdego seniora, ani nawet większości z nich.

Osobnym problemem w analizach dotyczących polskich seniorów jest brak dobrych badań ogólnopolskich (poza nielicznymi wyjątkami, takimi jak PolSenior) i stosowanie jako generalizacji tych, które są dostępne (a często niereprezentatywne).

Ostatni błąd można określić jako aktywizowanie aktywnych – istnieje grupa seniorów, którzy sami docierają do już dostępnej oferty i potrafią samodzielnie zorganizować aktywnie swój czas. Większość nowych działań i informacje o nich docierają także do tej grupy. Nie byłoby w tym nic złego, gdyby nie fakt, że ci aktywni seniorzy stanowią niewielki odsetek całej populacji, wciąż nieefektywne jest zaś docieranie z taką ofertą do tych, którzy są bierni i czują się marginalizowani, brakuje im jednak umiejętności i kompetencji (a często także możliwości) do samodzielnego znalezienia ciekawych propozycji.

Podsumowując, można powiedzieć, że w rzeczywistości wciąż niewiele wiemy o tym, kim jest polski senior, jakie są jego potrzeby i pragnienia. Podejmując działania na rzecz seniorów, nie włączamy ich w projektowanie, nie wsłuchujemy się w ich głos, narażając się na nieefektywność i niezadowolenie samych zainteresowanych (przykładem mogą być łódzkie Senioralia, które

w założeniach miały być imprezą zaspokajającą potrzeby seniorów, ale rodzaj i poziom oferty pokazywanej w czasie tego wydarzenia coraz częściej spotyka się z niezadowoleniem osób starszych[16]).

Wielu producentów i usługodawców uważa, że wystarczy w nazwie dodać hasło: „senior”, „senioralny”, *pro age* itp., aby produkt czy usługę dostosować do potrzeb i wymagań tej grupy. Inna taktyką jest tworzenie produktu dla ogółu seniorów, wierząc, że będzie służył im wszystkim. Na szczęście coraz częściej dostrzega się złożoność problematyki potrzeb i oczekiwań seniorów i wdraża model gospodarki, którą można nazwać włączającą – opartą na analizach potrzeb osób starszych, przygotowywaną z ich aktywnym udziałem.

Na bazie podobnych rozważań i doświadczeń powstała koncepcja tzw. srebrnej gospodarki i usług *pro age*, których celem nie jest – jak dotychczas – dostosowywanie tego, co już istnieje, do potrzeb seniorów, ale tworzenie czegoś zupełnie od podstaw, angażując w proces projektowania dóbr i usług samych zainteresowanych. Okazuje się jednak, że tworzenie nowej gospodarki wymaga nowych umiejętności i kompetencji od osób przygotowujących rozwiązania dedykowane seniorom. Dotychczas na rynku brakowało specjalistów posiadających szeroką, wysokospecjalistyczną wiedzę i wieloobszarowe umiejętności niezbędne do holistycznego patrzenia na

zagadnienia senioralne przy jednoczesnym uwzględnieniu wewnętrznego zróżnicowania tej grupy społecznej.

Jak już wcześniej wielokrotnie nadmieniono, seniorzy – jak każda grupa społeczna – posiadają swoje potrzeby i oczekują, że będą one zaspokajane. Dlaczego więc nie jest to takie proste i wiele osób w wieku podeszłym nie jest zadowolonych z tego, co oferuje im współczesny świat? Odpowiedzi na to pytanie nie należy szukać w samej specyfice potrzeb. Większość potrzeb seniorów nie różni się od potrzeb reszty społeczeństwa – potrzeby biologiczne i potrzeby wyższego rzędu są takie same dla wszystkich. Osoba starsza odczuwa głód, musi się ubrać, dba o higienę, potrzebuje towarzystwa i poczucia bezpieczeństwa. Różnice tkwią w strukturze potrzeb i sposobach ich zaspokajania.

Piotr Szukalski scharakteryzował główne obszary potrzeb seniorów wyodrębnione w ramach „srebrnej gospodarki”[17]. Należą do nich:

1) zapewnienie jak najdłuższej aktywności zawodowej – trzeba dać tym seniorom, którzy chcą być aktywni zawodowo, umiejętności i kwalifikacje niezbędne do kontynuowania kariery. Z drugiej strony należy zmienić kulturę organizacyjną oraz dostosować warunki pracy do możliwości i ograniczeń osób starszych;

2) zapewnienie jak najdłuższej samodzielności – projektowanie i wdrażanie infrastruktury udogodnień umożliwiającej niezależne życie (tzw. inteligentne mieszkania);

3) zagospodarowanie czasu seniorów – stworzenie odpowiedniej oferty w zakresie edukacji, konsumpcji kulturalnej, rekreacji i aktywności fizycznej;
4) dbałość o swoje zdrowie i swój wizerunek – szeroko pojęte potrzeby w zakresie zdrowia i tzw. *wellness* (dobrego samopoczucia);
5) zapewnianie integracji społecznej – zaspokojenie potrzeby przynależności do grupy, która powinna być bodźcem do tworzenia oferty nastawionej na budowę więzi międzypokoleniowych;
6) dostarczanie usług finansowych „wrażliwych” na wiek – potrzeba zabezpieczenia materialnego, która wymaga tworzenia oferty doradztwa finansowego oraz odpowiednich planów finansowego zabezpieczenia przyszłości seniorów i ich potomków.

Rysunek. Brakujące ogniwo

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowując powyższe rozważania, można stwierdzić, że częściowo udało się nam zidentyfikować potrzeby

i oczekiwania seniorów, choć w tym zakresie należy jeszcze wiele zrobić. Z drugiej strony podmioty gospodarcze coraz częściej i coraz bardziej świadomie próbują dostosować swoją ofertę do wymagań osób starszych. Wciąż jednak efekty takich działań nie są zadowalające, a to za sprawą swoistego brakującego ogniwa (zob. rysunek) – braku odpowiednio wykwalifikowanych specjalistów. Przy projektowaniu usług i produktów dla seniorów powinno się łączyć wiedzę, umiejętności i kompetencję z wielu obszarów. Aby wyprodukować pierwszy telefon komórkowy dla seniorów, należało zdobyć wiedzę nie o ich preferencjach technologicznych, ale o takich ograniczeniach percepcyjnych, jak gorszy wzrok i słuch, i pożądanych funkcjach urządzenia wynikających z realnych potrzeb seniorów – ma ono służyć do kontaktowania się i komunikowania z innymi ludźmi, powinno ułatwiać codzienne czynności (latarka, przypomnienia) i dawać poczucie bezpieczeństwa (przycisk SOS). Taki telefon zaspokaja wiele potrzeb seniorów, jednak – co należy podkreślić – nie jest telefonem uniwersalnym, odpowiednim dla wszystkich osób starszych. W grupie seniorów są także i tacy, którzy świetnie radzą sobie z nowymi technologiami i obsługa smartfona nie stanowi dla nich wyzwania. Z tego przykładu płynie ważna konkluzja – seniorom należy dać wybór, nie można narzucać wszystkim jednego rozwiązania.

Koordynator opieki senioralnej jako nowy zawód medyczny

Zanim przejdziemy do charakterystyki zadań koordynatora opieki senioralnej, przedstawimy ogólną definicję tego zawodu. Jest to niezbędne do dalszych rozważań, gdyż terminu „zawód” używany jest w różnych wariantach znaczeniowych. Według klasycznej definicji socjologa Jana Szczepańskiego zawód jest systemem czynności czy prac, który jest wewnętrznie spójny, skierowany na wytwarzanie jakiegoś przedmiotu czy usług zaspokajających określone potrzeby. W definicji zawodu można wyróżnić następujące elementy:

1) system czynności wewnętrznie spójny, oparty na określonej wiedzy i umiejętnościach, skierowany na wytwarzanie jakiegoś przedmiotu lub usług zaspokajających szeroko pojęte potrzeby;

2) czynności lub prace wykonywane przez pracownika systematycznie i trwale, osoba uprawiająca dany zawód wykonuje stale czynności wyuczone i wykorzystuje wiedzę potrzebną do ich wykonania;

3) wykonywanie tych czynności jest podstawą ekonomicznego bytu pracownika, utrzymania dla niego i rodziny;

4) czynności te i związane z nimi konsekwencje społeczne są podstawą prestiżu i pozycji społecznej pracownika[18].

W świetle klasycznych ujęć zawód stanowi konfigurację trzech aspektów: techniczno-organizacyjnego, ekonomicznego i społecznego. Zawód jest rozpatrywany jako zespół stale wykonywanych i powtarzalnych czynności wyróżnionych ze względu na treść zadań, zwłaszcza stopień udziału operacji manualnych i umysłowych, przedmiot pracy, jej złożoność, miejsce w hierarchii organizacyjnej, otoczenie fizyczne i kontekst instytucjonalny (rodzaj firmy, branży i sektora gospodarki). Czynniki te determinują rodzaj kwalifikacji wymaganych od potencjalnych wykonawców zawodu[19].

Potocznie zawód często oznacza czynności wykonywane przez człowieka w celach zarobkowych. O pracy zawodowej mówimy przede wszystkim wówczas, gdy istnieje popyt na rezultaty tej pracy. Termin „zawód” używany jest najczęściej na oznaczenie określonego, wyodrębnionego w ramach społecznego podziału pracy zespołu czynności wymagających odpowiednich kwalifikacji, które dana jednostka wykonuje stale lub względnie stale i z których wykonania czerpie środki utrzymania. W opracowaniach z zakresu ekonomii czy polityki społecznej podkreśla się, że czynności składające się na zawód powinny być społecznie użyteczne. Zawody obowiązujące w danym kraju są ujęte w urzędowe spisy – w Polsce jest to Klasyfikacja zawodów i specjalności. Zawody charakteryzuje się ponadto poprzez takie określenia jak: zawód masowy, szerokoprofilowy, unikatowy, wykonywany, wyuczony[20]. Obecnie największym

prestiżem cieszą się zawody wymagające wyższego wykształcenia, specjalistycznej wiedzy (np. z zakresu nauk medycznych) i unikatowych umiejętności, gdyż konsumenci stają się coraz bardziej zróżnicowani, jeśli chodzi o preferencje (co wykazano w pierwszej części artykułu na przykładzie seniorów jako konsumentów) oraz mają coraz bardziej sprecyzowane wymagania w związku z rosnącą świadomością własnych potrzeb i możliwości ich zaspokojenia na rozmaitych rynkach (dotyczy to także usług medycznych).

Klasyfikacja zawodów i specjalności jest usystematyzowanym zbiorem zawodów i specjalności występujących na rynku pracy. Stanowi „spis z natury" zawodów zidentyfikowanych na rynku pracy. Klasyfikacja opracowana została w oparciu o Międzynarodowy Standard Klasyfikacji Zawodów ISCO-08. Aktualizowanie klasyfikacji w celu dostosowania do zmian zachodzących na rynku pracy (polskim i europejskim), poprzez wprowadzanie do niej nowych zawodów/specjalności, odbywa się co 2 lub 3 lata w drodze zmian rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu ich stosowania[21]. Koordynator opieki senioralnej nie został jeszcze uwzględniony w Klasyfikacji zawodów i specjalności, gdyż jest to zawód, który dopiero się kształtuje. Na rynku brakuje specjalistów z tego zakresu, którzy, jak zostało wykazane wyżej, z uwagi na

nieodwracalne demograficzne trendy i zmieniającą się strukturę społeczeństwa są niezwykle potrzebni.

W Klasyfikacji zawodów i specjalności istnieje wprawdzie zawód o nazwie „opiekun medyczny”, nie obejmuje on jednak tych samych działań co koordynowanie opieki senioralnej, które, jak wykażemy poniżej, jest zawodem zawierającym dużo szersze spektrum umiejętności i kompetencji oraz wymagającym wiedzy zarówno z zakresu nauk społecznych, ekonomicznych, prawnych, jak i nauk medycznych.

Opieka medyczna, polegająca m.in. na świadczeniu osobom starszym usług opiekuńczo-wspierających oraz ich aktywizacji do samodzielności życiowej, jest tylko jednym z aspektów, którymi będą się w nieodległej przyszłości zajmować koordynatorzy opieki senioralnej. Z tego powodu niezbędne jest, aby mogli oni zdobywać wyższe wykształcenie zakończone tytułem licencjata i/lub magistra na uczelni medycznej, gdyż tylko tego rodzaju wykształcenie przygotuje ich do sprawnego poruszania się po rynku pracy związanym z szeroko pojętymi usługami dla seniorów oraz właściwego wykonywania czynności zawodowych wymagających szerokiej wiedzy z wielu dziedzin.

Jak już wykazano, współcześni seniorzy są mocno zróżnicowaną grupą. Coraz więcej z nich cechuje się znaczną aktywnością społeczną, ma sprecyzowane potrzeby i oczekiwana, które nie są związane tylko z opieką

medyczną, ale także z innymi formami usług. Dlatego też potrzebni są specjaliści, którzy na te zróżnicowane potrzeby będą potrafili odpowiedzieć. W literaturze zachodniej dotyczącej zawodów akcentuje się rynkową wartość danej działalności, trwały charakter zawodu oraz to, że zawód determinuje pozycję społeczną. Podkreśla się również, że aby dane czynności były wykonywane systematycznie i trwale, musi funkcjonować odpowiedni system szkół i uczelni, które przygotują kondydatów do pracy zawodowej. Droga ta powinna się zakończyć społecznie uznanym aktem prawnym, będącym formalnym świadectwem sankcjonującym zawód[22]. Ponadto warto nadmienić, że w odniesieniu do tych zawodów, które w ramach społecznego podziału pracy odgrywają szczególnie istotną rolę, co wymaga długotrwałego przygotowania i pozyskania wiedzy oraz umiejętności niezbędnych do zaspokojenia wysoko cenionych ludzkich potrzeb, używa się terminu „profesja”, a osoby je wykonujące nazywa się profesjonalistami[23].

Z tych właśnie powodów w roku akademickim 2017/1918 na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi uruchomiono nowy kierunek stacjonarnych studiów licencjackich I stopnia o nazwie Koordynowana Opieka Senioralna. Jest on współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020 (nazwa

projektu to „EDUMED_SENIOR – nowy kierunek studiów licencjackich w zakresie koordynowanej opieki senioralnej dostosowany do potrzeb regionu łódzkiego zdefiniowanych w RSI LORIS 2030”, POWR.03.01.00-00-N129/16754). Projekt będzie realizowany w latach 2017–2020, a jego całkowity budżet wynosi 754 875 zł.

Głównym celem projektu jest podniesienie kompetencji 36 studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie koordynowanej opieki senioralnej (KOS) przez realizację nowego kierunku studiów licencjackich dostosowanych do potrzeb regionu łódzkiego zdefiniowanych w Regionalnej Strategii Innowacji dla Województwa Łódzkiego „LORIS 2030”. Projekt jest skierowany do maturzystów, pracowników sektora pomocy społecznej oraz osób zarejestrowanych w urzędach pracy.

Innowacyjność kierunku Koordynowana Opieka Senioralna przejawia się w kilku aspektach:

1. Kształcenie modułowe – studenci zdobywają wiedzę z przedmiotów w ramach jedenastu modułów tematycznych, takich jak moduł ogólny, socjomedyczny, ekonomiczno-prawny, badawczy, medycyny i zdrowia publicznego, praca socjalna i polityka społeczna, warsztat pracy koordynatora zintegrowanej opieki nad seniorem, społeczno-kulturowy oraz psychologiczno-pedagogiczny.
2. Współprowadzenie zajęć przez praktyków – w części teoretycznej zajęcia są prowadzone przez wykładowców Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, w części praktycznej

przez osoby z otoczenia społeczno-gospodarczego współpracujące przy realizacji poszczególnych zadań projektowych.

3. Międzynarodowy charakter projektu – na III roku studiów odbędą się warsztaty eksperckie z ekspertami krajowymi i zagranicznymi (głównie z krajów skandynawskich) na temat koordynowanej opieki senioralnej.

4. Zwiększona liczba praktyk zawodowych – praktyki zawodowe odbędą się zarówno po II, jak i po III roku studiów w ogólnej liczbie 360 godzin.

Eksperci usług senioralnych będą mogli znaleźć pracę we wszystkich następujących obszarach, w których pojawia się senior jako pacjent, uczestnik lub konsument, czyli:

- zdrowie, opieka, pomoc socjalna,
- rynek pracy i rozwój zasobów,
- marketing i promocja,
- zarządzanie i planowanie finansowe,
- architektura i planowanie przestrzenne,
- usługi IT, nowoczesne technologie, biotechnologie,
- prawo i ochrona konsumencka,
- administracja i specjaliści w instytucjach publicznych,
- edukacja i uczenie się przez całe życie,
- komunikacja i media,
- usługi i przemysł „czasu wolnego”: rekreacja, turystyka,
- kultura i sztuka.

Absolwenci będą zatem mogli włączać się w realizację idei aktywnego i zdrowego starzenia się w takich sektorach jak:

- rzecznictwo i doradztwo dla osób starszych – sektor publiczny i prywatny,
- usługi bezpośrednie dla osób starszych i ich rodzin – sektor publiczny i prywatny,
- usługi edukacyjne/rozwojowe dla osób starszych – sektor publiczny i prywatny,
- marketing produktów i usług dla osób starszych – sektor prywatny,
- tworzenie programów senioralnych i ich ewaluacja – sektor publiczny i prywatny.

W ramach wymienionych obszarów działań koordynator opieki senioralnej będzie m.in.:

1) podnosić poziom świadomości społecznej na temat znaczenia uczestnictwa osób starszych w życiu społecznym i gospodarczym;

2) prowadzić szkolenia dla liderów społeczności lokalnych z zakresu planowania działań wobec osób starszych, propagować ideę i działania mające na celu przygotowanie się do starości i jak najdłuższego zachowania samodzielności;

3) ułatwiać uczestnictwo w życiu społecznym, kulturze, działalności artystycznej, programach aktywności sportowej, rekreacyjnej oraz turystyce osób starszych;

4) wspierać i realizować różne formy aktywności osób starszych;
5) tworzyć i propagować dostępność i uniwersalne środowisko fizyczne, środki transportu, informacji i komunikacji, w tym technologie i systemy informacyjno-komunikacyjne, a także poszerzać dostępność do innych urządzeń i usług;
6) tworzyć warunki i przygotowywać działania umożliwiające wykorzystanie potencjału seniorów jako aktywnych uczestników życia gospodarczego oraz utrzymujące ich obecność na rynku pracy, prowadzić kampanie informacyjne, szkolenia dla pracodawców na temat korzyści wynikających z zatrudnienia osoby starszej;
7) wzmacniać odpowiedzialność za zdrowie oraz wspierać pozytywne postawy w zakresie stylu życia poprzez promowanie zdrowia oraz zapobieganie chorobom;
8) upowszechniać wiedzę na temat zdrowia z uwzględnieniem zmian wynikających z procesu starzenia;
9) wspierać opracowywanie oraz upowszechniać innowacyjne rozwiązania i technologie w obszarze zdrowia, telemedycyny i e-usług medycznych;
10) upowszechniać wykorzystanie nowoczesnych technologii dla rekompensowania utraconej sprawności i wzmacniania samodzielności;
11) realizować kampanie, akcje i inne działania profilaktyczne dotyczące edukacji, mające na celu przeciwdziałanie przemocy wobec osób starszych, tworzyć

systemy szkoleń na temat osób starszych, przemocy i komunikacji interpersonalnej w placówkach oświatowych, instytucjach pomocy społecznej, opieki medycznej, organach ścigania i wymiaru sprawiedliwości, a także wśród samych seniorów;
12) tworzyć projekty wzmacniające solidarność i integrację międzypokoleniową;
13) prowadzić działania wobec osób niesamodzielnych, usługi instytucjonalne, stacjonarne, rehabilitacyjne, leczniczo-opiekuńcze – diagnozowanie potrzeb, planowanie, realizowanie;
14) prowadzić działania skierowane do opiekunów osób starszych[24].

Powyższy opis obszarów działalności przyszłych koordynatorów opieki senioralnej oraz zakresu czynności, które będą mogli wykonywać z uwagi na nabytą wiedzę i umiejętności, skłania do refleksji, iż jest to, po pierwsze, zawód bardzo potrzebny, wypełniający lukę istniejącą na rynku pracy. Po drugie, spektrum ról zawodowych, które będą w przyszłości wykonywać specjaliści z tego zakresu, ulegnie dalszemu rozbudowaniu o te role zawodowe, które pojawią się w przyszłości w związku z urzeczywistnianiem się prognoz demograficznych. Umieszczenie tego rodzaju ścieżki kształcenia w systemie szkolnictwa wyższego jest więc potrzebne i uzasadnione oraz stanowi gwarancję wykształcenia ludzi posiadających odpowiednie kwalifikacje i kompetencje niezbędne do pracy z seniorami, która

nierzadko jest pracą trudną i wymagającą szczególnych umiejętności.

Pozostaje pytanie, czy koordynator usług senioralnych jest zawodem medycznym. Wyodrębnienie zawodów medycznych spośród innych rodzajów zawodów może nastręczać trudności. Osoby wykonujące zawody medyczne zajmują się zdrowiem społeczeństwa nie tylko w zakresie leczenia, ale także profilaktyki i opieki nad pacjentem. Zawód lekarza czy pielęgniarki w oczywisty sposób zaliczymy do kategorii zawodów medycznych, ale już w przypadku psychologa czy logopedy sprawa nie jest oczywista[25]. Podobnie będzie w przypadku koordynacji opieki senioralnej. Opis kwalifikacji i czynności zawodowych, które wiążą się z takimi działaniami, wskazuje, iż zawód ten można pod pewnymi warunkami zakwalifikować do zawodów medycznych, jeśli koordynator opieki senioralnej będzie pracował w placówkach zajmujących się opieką zdrowotną lub świadczących usługi opiekuńcze i będzie się zajmować czynnościami opiekuńczymi. Jeśli jednak zacznie projektować różnego rodzaju usługi i produkty dla seniorów lub znajdzie pracę w jednostkach badawczych zajmujących się problematyką senioralną, nie będzie wykonywał zawodu medycznego w ścisłym tego słowa znaczeniu.

Podsumowanie i wnioski końcowe

Starzenie się polskiego społeczeństwa jest zjawiskiem nieodwracalnym. W najbliższym czasie według prognoz współczynnik zastępowalności pokoleń nie osiągnie poziomu wystarczającego do odwrócenia tego trendu. W związku z tym mamy do czynienia z coraz liczniejszą i coraz bardziej zróżnicowaną grupą społeczną, jaką są seniorzy. Powinniśmy zacząć traktować tę grupę jako liczącą się siłę społeczną, coraz bardziej świadomą swoich potrzeb, oczekiwań i praw. Seniorzy są nie tylko pacjentami w ramach systemu ochrony zdrowia czy beneficjentami świadczeń społecznych, ale coraz bardziej liczącą się grupą konsumencką i coraz aktywniejszymi uczestnikami społeczeństwa obywatelskiego.

Na polskim rynku pracy istnieje rosnące zapotrzebowanie nie tylko na opiekunów medycznych, ale też na specjalistów z zakresu koordynacji opieki senioralnej, którzy będą potrafili nie tylko zorganizować opiekę medyczną czy opiekę społeczną dla seniora, ale także zaprojektować dla niego produkt lub wymyślić usługę. Chodzi o szeroko i wieloaspektowo wykształconych specjalistów, którzy znajdą swoje miejsce zarówno w placówkach związanych z ochroną zdrowia, jak i w innych sektorach gospodarki czy w tzw. trzecim sektorze, czyli wszędzie tam, gdzie coraz częściej spotyka się seniorów, którzy wyrażają swoje oczekiwania co do rodzaju usługi lub produktu, które chcieliby otrzymać. Polscy seniorzy chcą być coraz bardziej obecni i widoczni

w różnych sferach życia publicznego i chcą spotykać osoby, które rozumieją ich potrzeby, a także potrafią na nie odpowiedzieć. Kształcenie specjalistów będących koordynatorami opieki senioralnej jest niewątpliwie wyzwaniem dla rynku edukacji z uwagi na to, że powinno ono obejmować elementy różnych nauk i specjalności.

Senior care coordinator as a future profession in the ageing society

Summary

The aim of the paper is to present the new profession of the senior care coordinator. It is one of the occupations reflecting the needs of the ageing contemporary European societies. According to the forecasts of the Statistics Poland, the rate of the demographic old age (the percentage of the people above the age of 65) will increase in Poland to 34,2% in 2050. What will rise together with the increase in the number of that group is its internal diversity. In the paper we prove that it is a mistake to treat all seniors according to the common denominator rule when creating solutions for them. Due to that misleading approach, the so-called “silver” economy, as well as the “pro age” services need specialists possessing multi-faceted knowledge and skills essential in the society consisting of mostly aged people. Health and care services will need them as well. To meet those needs and expectations a new graduate study programme of managed senior care was launched in the academic year 2017/18 by the Faculty of Health Sciences at the Medical University of Łódź The programme is co-financed by the European Union’s Social European Fund, the Operational Program Knowledge Education Development 2014–2020.

The aim of the programme is to educate specialists in the field of multi-faceted senior services.

Keywords: ageing of the society, “silver” economy, “pro age” services, medical profession, senior care manager

DR N. HUM. MAGDALENA WIECZORKOWSKA,
DR N. HUM. AGNIESZKA PAWLAK –
Zakład Socjologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

---

1 Główny Urząd Statystyczny, *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, Warszawa 2014, s. 126.

2 Tamże, s. 131.

3 Tamże, s. 131.

4 Tamże, s. 21.

5 Tamże, s. 138.

6 Oznacza liczbę osób w wieku 15–64 lata przypadającą na 100 osób w wieku 65 lat i więcej.

7 Wskazuje liczbę osób w wieku 85 i więcej lat przypadającą na 100 osób w wieku 50–64 lat.

8 Główny Urząd Statystyczny, *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, dz. cyt., s. 139.

9 Tamże, s. 109.

10 S. Badowska, A. Rogala, *Przełamanie stereotypizacji konsumentów-seniorów a implikacje dla marketingu*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego” 2015, nr 875, „Problemy Zarządzania, Finansów i Marketingu” nr 41, t. 1; F. Bylok, *Zachowania konsumpcyjne seniorów na rynku dóbr i usług*, „Acta Universitatis Lodziensis Folia Oeconomica” 2013, nr 291.

11 G.P. Moschis, *Geronographics. Life-stage segmentation for marketing strategy development*, Westport, Connecticut, London 1996.

12 G.P. Moschis, *Life stages of the mature market*, „American Demographics”, September 1996, s. 44–50.

13 F. Bylok, *Strategie zachowań konsumpcyjnych seniorów na rynku dóbr i usług konsumpcyjnych*, „Problemy Zarządzania” 2013, vol. 11, nr 1 (40), t. 1, s. 127–128.

14 *Warunki życia osób starszych i ich zachowania na rynku*, red. A. Kusińska, K. Gutkowska, Warszawa 2002, s. 283–295.

15 Por. P. Szukalski, *Przyczyny ageizmu wobec seniorów – fakty i mity*, w: *Zagrożone człowieczeństwo*, t. II, *Obszary zagrożeń człowieka w realiach współczesności*, red. E. Kantowicz, G. Orzechowska, Kraków 2012, s. 253.

16 Senioralia to cykliczna impreza organizowana od kilku lat w Łodzi i innych miastach województwa łódzkiego, skierowana do osób starszych, będąca odpowiednikiem juwenaliów. W ciągu kilu dni maja seniorzy mogą skorzystać z bogatej oferty kulturalnej, zdrowotnej, sportowo-rekreacyjnej i edukacyjnej, a także pokazać efekty swojej aktywności społecznej. Coraz częściej jednak seniorzy zgłaszają zastrzeżenia do rodzaju i jakości oferty Senioraliów.

17 P. Szukalski, *Srebrna gospodarka*, „Demografia i Gerontologia Społeczna – Biuletyn Informacyjny” 2012, nr 7.

18 J. Szczepański, *Czynniki kształtujące zawód*, w: *Socjologia zawodów*, red. A. Sarapata, Warszawa 1965, s. 15–16.

19 H. Domański, *Problematyka zawodu w socjologii*, „Nauka i Szkolnictwo Wyższe” 1996, nr 1 (7), s. 5–24.

20 J. Żebrowski, *Socjologiczne aspekty zawodu i pozycji społecznej – droga do tożsamości wychowawców profesjonalnych*, „Studia Gdańskie” 2008, t. V, s. 24–43.

21 Wortal publicznych służb zatrudnienia, zakładka: *Klasyfikacja zawodów i specjalności*, http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/ (dostęp: 10.07.2018).

22 J. Żebrowski, *Socjologiczne aspekty zawodu i pozycji społecznej*, dz. cyt., s. 24–43.

23 D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 40.

24 Wykaz możliwości działań zawodowych dla koordynatora opieki senioralnej został przygotowany we współpracy z Grażyną Busse ze Stowarzyszenia Edukacyjnego Centrum Integracji Międzypokoleniowej „Hipokamp” i Ewą Wierzbowską – studentką I roku Koordynowanej Opieki Senioralnej na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.

25 M. Ławniczak-Lehmann, *Pojęcie zawodów medycznych w świetle prawa i doktryny prawniczej*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2001, nr 1–2, s. 27–50.

Część trzecia

Zawody medyczne wobec nowych wyzwań

Antonina Doroszewska

Stary zawód – nowe (?) umiejętności. Kompetencje komunikacyjne w zawodzie lekarza

Niniejszy artykuł jest próbą spojrzenia na komunikację z punktu widzenia socjologii zawodów medycznych. Przyjęcie tej perspektywy implikuje potrzebę analizy komunikacji jako narzędzia budowania relacji z pacjentem oraz jako elementu profesjonalizmu lekarza, osoby wykonującej określoną rolę zawodową. Proces komunikacji stanowi składową relacji, umiejętności komunikacyjne to część roli zawodowej. Celem poniższej analizy jest ukazanie współczesnego kontekstu wykonywania zawodu lekarza oraz relacji lekarz – pacjent, a także wskazanie czynników, które powodują wzrost znaczenia kompetencji komunikacyjnych.

Komunikacja jako narzędzie w procesie budowania relacji z pacjentem

Relacja lekarz – pacjent jest klasycznym wątkiem w literaturze socjomedycznej. W piśmiennictwie anglojęzycznym została uwzględniona po raz pierwszy jeszcze przed II wojną światową, w 1935 r., przez Lawrence'a Hendersona w pracy *Physician and patient as a social system*[1]. W połowie XX w. Talcott Parsons wskazywał na asymetryczność tej relacji i argumentował, że lekarz ma dominującą pozycję ze względu na posiadanie specjalistycznej wiedzy i wysoki prestiż zawodowy, a różne role pacjenta i lekarza wzajemnie się uzupełniają[2]. W kolejnych latach Thomas Szasz i Marc Hollender zaproponowali trzy typy relacji lekarz – pacjent, takie jak: aktywność – bierność, kierowanie – współpraca oraz współuczestnictwo[3]. Robert Veatch pisał o modelu inżynierskim, kapłańskim, koleżeńskim i kontraktowym[4]. Eliot Freidson zwrócił uwagę na potencjalny konflikt między lekarzem a pacjentem, który prędzej czy później stanie się faktem ze względu na odmienne perspektywy lekarza i pacjenta, a także organizację opieki zdrowotnej[5]. Kolejne cztery modele relacji lekarz – pacjent zostały zaproponowane przez Ezekiela Emanuela i Lindę Emanuel: paternalistyczny, informacyjny, interpretacyjny oraz wspólnego naradzania się[6]. Graham Scambler wyróżnił cztery typy relacji lekarz – pacjent. Różnicował je stopień

kontroli sprawowany przez lekarza – największą można zaobserwować w modelu paternalistycznym, w kolejnych kontrola lekarza jest coraz mniejsza. Zalicza się do nich modele: oparty na wzajemności (ang. *mutuality*), konsumeryzm oraz wycofanie (ang. *relationship of default*)[7]. Współczesne modele opisujące relacje z pacjentem podkreślają znaczenie partnerstwa oraz współpracy i kładą nacisk na aktywność pacjenta zarówno w trakcie leczenia, jak i w działaniach profilaktycznych.

Polscy socjolodzy medycyny również opisywali relację lekarz – pacjent. Tematyka ta była przedmiotem analiz m.in. Magdaleny Sokołowskiej[8], Beaty Tobiasz-Adamczyk (o czym będzie mowa poniżej) czy Alicji Łaski-Formejster[9].

Dążąc do pogłębienia refleksji nad kompetencjami komunikacyjnymi, bardziej szczegółowo warto omówić teorię Samuela Blooma. Podobnie jak Freidson zakładał on, że w stosunkach lekarz – pacjent istnieje potencjalny konflikt. Relacja opiera się przede wszystkim na procesie negocjacji między laickimi wyobrażeniami o zdrowiu, subiektywnymi celami i oczekiwaniami pacjenta a wiedzą i doświadczeniem klinicznym lekarza[10]. Według Blooma negocjacje mają dwa kluczowe cele: ustalenie, co jest problemem pacjenta oraz w jaki sposób można pacjentowi pomóc. Negocjacje te mają zbliżyć perspektywy chorego i lekarza oraz pomóc w uzgodnieniu akceptowalnego dla obu stron postępowania. Powinno ono uwzględniać potrzeby pacjenta, wiedzę lekarza oraz możliwości, które

mogą być ograniczone np. poprzez zasady funkcjonowania systemu.

Komunikacja jest narzędziem wykorzystywanym w opisywanym przez Blooma procesie negocjacji. Lekarz powinien posiadać kompetencje komunikacyjne pozwalające na kontrolowanie przebiegu rozmowy. Stanowi to, według Blooma, źródło dominującej pozycji lekarza. Mimo że, jak pisze Antonina Ostrowska, „w przypadku chorób somatycznych – gdzie diagnoza raczej nie jest przedmiotem negocjacji, negocjowane mogą być alternatywne metody terapii, zalecane przez lekarza ograniczenia czy ewentualne korzyści wynikające z faktu bycia chorym”[11], to jednak negocjacje dotyczące celu pomocy nawet w przypadku chorób somatycznych są czasem niezbędne. Mam tu na myśli bardzo powszechne rozmowy na temat oczekiwań pacjentów, które nie mogę zostać spełnione przez lekarza, np. dopisanie na skierowaniu słowa „cito” w sytuacji, gdy nie ma medycznego uzasadnienia, wypisanie przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej recepty na leki przepisane przez specjalistę bez odpowiedniego potwierdzenia. To sytuacje, gdy lekarz nie może pomóc pacjentowi w taki sposób, jakiego ten oczekuje. W takiej sytuacji konflikt staje się bardzo realny. Przyjmując założenie, że lekarz nie może nic zrobić i komunikuje to pacjentowi, prawdopodobieństwo konfliktu istotnie wzrasta. Jeśli jednak przyjąć, że mimo braku możliwości spełnienia prośby pacjenta lekarz może

mu pomóc dzięki opisywanemu przez Blooma procesowi negocjacji, konfliktowi da się zapobiec. Pomoc nie będzie w tym przypadku polegała na spełnieniu prośby pacjenta, czego lekarz nie może zrobić z powodów formalnych, organizacyjnych, ale na wysłuchaniu i okazaniu zrozumienia. To pozwoli na wyjaśnienie pacjentowi, dlaczego lekarz nie może spełnić jego prośby i wspólne zastanowienie się, co w danej sytuacji można zrobić.

W polskiej literaturze komunikację z pacjentem opisywała m.in. Beata Tobiasz-Adamczyk, która wyróżniła instrumentalne i emocjonalne aspekty komunikacji. Komunikacja instrumentalna to zadawanie pytań, przekazywanie informacji dotyczących przyczyn chorób, procesu diagnostycznego czy terapeutycznego, udzielanie wyjaśnień. Emocjonalne aspekty komunikacji odnoszą się do budowania relacji opartej na zaufaniu, empatii, zrozumieniu i zainteresowaniu[12]. W codziennej praktyce zwykle dzieje się tak, że lekarz jest bardziej skoncentrowany na aspektach instrumentalnych, pacjentowi bardziej zależy zaś na emocjonalnych.

Ostatnie dekady to liczne przemiany, które doprowadziły do zmian w relacji lekarz – pacjent, przeobrażenia te jednak nie zmniejszają możliwości aplikacji podejścia zaproponowanego przez Blooma i Tobiasz-Adamczyk. Idąc jednak dalej, poszukując odpowiedzi na pytanie o współczesny model relacji lekarz – pacjent i rolę kompetencji komunikacyjnych w tym modelu,

można przyjąć perspektywę, którą w analizie zawodów medycznych proponował Adam Sarapata. Pisał on, że „w zawodzie jak w soczewce ogniskują się procesy społeczne, stąd też historia zawodów jest w pewnym stopniu historią społeczeństwa, natomiast kształtowanie zawodu i jego miejsca w społeczeństwie, jego praw i obowiązków, jest modelowaniem społeczeństwa. Dlatego wiedza o zawodach ma doniosłą wartość poznawczą i praktyczną, jest potrzebna dla praktyki społecznej i świadomości społecznych przeobrażeń”[13]. Zrozumienie przemian relacji lekarz – pacjent będzie możliwe po zastanowieniu się, jakie przemiany nastąpiły w ostatnich latach w obrębie medycyny oraz profesji medycznych.

Badacze zwracają uwagę na problemy, które wynikają w dużej mierze z niezwykle szybkiego postępu wiedzy i technologii medycznej, który nastąpił w drugiej połowie XX w., a także z organizacji systemu ochrony zdrowia. Specjalizacja zawodu lekarza, jak pisze Anita Majchrowska, „która paradoksalnie jest źródłem spektakularnych osiągnięć medycyny – prowadzi jednocześnie do uprzedmiotowiania pacjenta i traktowania go jedynie w kategoriach «nośnika» choroby”[14]. Może to doprowadzić do redukcjonistycznego podejścia do chorego. Z drugiej strony obserwujemy zmiany epidemiologiczne, takie jak wzrost liczby chorych przewlekle i potrzebę zaangażowania tych osób w proces terapeutyczny, co jest niezbędne z punktu widzenia skuteczności leczenia. Zbiega się to ze

wzrostem świadomości pacjentów, co powoduje, o czym pisał już w 1997 r. Włodzimierz Piątkowski, zwiększenie podmiotowości i samodzielności[15]. Na większą gotowość do brania odpowiedzialności za własne zdrowie i większą świadomość zdrowotną zwracała również uwagę Sarah Nettleton[16]. Obserwujemy zatem przeobrażenia dominującego modelu w kierunku relacji partnerskiej, w której duże znaczenie ma zaangażowanie chorego zarówno w proces diagnostyczny, podejmowanie decyzji o postępowaniu, jak i działania niezbędne w trakcie leczenia.

Według Stefana Timmermansa i Hyeyounga Oha najważniejsze przeobrażenia, które wpłynęły na profesje medyczne, to wzrost znaczenia konsumeryzmu oraz zmniejszenie zaufania do lekarzy. Coraz więcej pacjentów samodzielnie decyduje o wyborze lekarza oraz o tym, czy stosować się do jego zaleceń. Ponadto pacjenci zdobywają informacje na temat swojego zdrowia w internecie, dzięki uczestnictwu w różnego rodzaju grupach pacjentów[17], a także od przedstawicieli lecznictwa niemedycznego. Richard Horton, redaktor czasopisma „Lancet”, pisał, że dostęp do informacji jest fundamentalną różnicą między tym, jak było kiedyś, a tym, jak jest teraz. Dawniej brak dostępu pacjentów do informacji z dziedziny medycyny rodził nierówność w relacji i sprzyjał dominacji lekarza. Obecnie wszystko się zmieniło[18]. W Polsce od lat codziennością jest korzystanie z internetu w poszukiwaniu

informacji o zdrowiu, nierzadko bez odpowiednio krytycznej oceny merytorycznej zawartości znalezionych treści[19]. Duże znaczenie ma również rosnąca konkurencja na rynku usług medycznych, w tym powszechny dostęp do osób oferujących pomoc niekonwencjonalnymi metodami, na co zwracają uwagę zarówno polscy, jak i zagraniczni badacze[20].

Kolejną zmianą mającą znaczny wpływ na profesje medyczne jest standaryzacja procesu podejmowania decyzji klinicznych z wykorzystaniem medycyny opartej na dowodach (ang. *evidence based medicine)*. Prowadzi to do tego, że lekarze w coraz mniejszym stopniu muszą polegać na swojej własnej opinii. Timmermans i Oh zwrócili także uwagę, że kluczową dla wykonywania profesji medycznych zmienną jest marketing firm farmaceutycznych oraz współzależność lekarzy oraz tego sektora[21].

W Polsce w ostatnich latach obserwuje się też inne zmiany wpływające na kontekst wykonywania zawodu lekarza, które mogą mieć znaczenie również w czasie rozmowy lekarza z pacjentem. Mam tu na myśli przede wszystkim spadek zaufania do lekarzy, zmniejszenie się autorytetu lekarza[22], złą ocenę opieki zdrowotnej przez pacjentów[23]. Te przemiany z jednej strony redefiniują rolę lekarza, z drugiej strony prowadzą zaś do wzrostu znaczenia kompetencji komunikacji wśród kwalifikacji, które powinien posiadać personel medyczny.

„Chory przychodzi do przychodni czy szpitala z określonym nastawieniem, przekonaniem, czy otrzyma pomoc, jakiej potrzebuje, czy personel zadba o jego zdrowie i komfort. Przekonania te laik opiera na wcześniejszych doświadczeniach, informacjach od bliskich czy znajomych, ale też na doniesieniach medialnych na temat opieki zdrowotnej. (…) Opinie te, jeśli są raczej pozytywne, będą sprzyjały gotowości do porozmawiania o swoim problemie ze specjalistą, ułatwią komunikację, gdyż pacjent w kontakcie z lekarzem będzie bardziej otwarty, nastawiony na dialog i porozumienie. Złe doświadczenia czy negatywne opinie usłyszane od innych mogą blokować komunikację, powodować, że pacjent będzie nastawiony roszczeniowo czy agresywnie. Świadomość lekarzy, jak są postrzegani w społeczeństwie, jakie postawy wobec systemu dominują wśród pacjentów, pomaga w budowaniu relacji, ułatwia też poznanie perspektywy pacjenta”[24].

W konsekwencji opisanych wyżej przemian coraz więcej osób, w tym również odpowiedzialnych za kształcenie na uczelniach medycznych, decydentów w obszarze organizacji ochrony zdrowia i zarządzających placówkami medycznymi rozumie potrzebę posiadania kompetencji komunikacyjnych przez personel medyczny.

Kompetencje komunikacyjne elementem profesjonalizmu lekarza

Wzrost znaczenia kompetencji komunikacyjnych w praktyce medycznej implikuje potrzebę przemian w zakresie kształcenia. Zdobycie umiejętności komunikacji stanowi od 2012 r. jeden z celów kształcenia na kierunkach medycznych wskazanych w standardach kształcenia[25]. W ostatnich latach kolejne uczelnie medyczne w Polsce rozbudowują program kształcenia o obowiązkowe zajęcia z komunikacji. Kilka lat temu kształcenie z komunikacji rozpoczęło się m.in. na Uniwersytecie Jagiellońskim[26] i Uniwersytecie Medycznym w Lublinie. Proces instytucjonalizacji przejawia się również tym, że na uczelniach medycznych powstają jednostki dedykowane rozwijaniu kompetencji komunikacyjnych studentów (w 2018 r. powstały dwie takie jednostki – Pracownia Komunikacji w Medycynie w Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu oraz Studium Komunikacji Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego). Większa liczba zajęć, na których podkreśla się rolę komunikacji, wiąże się również z powstawaniem centrów symulacji medycznych, które stanowią nową przestrzeń do kształtowania nie tylko umiejętności praktycznych, ale też komunikacyjnych.

Robert Merton już 1957 r. pisał, że zadaniem edukacji medycznej jest takie ukształtowanie osoby, która rozpoczyna studia, by stała się praktykiem umiejącym efektywnie wykonywać swoją pracę. Należy w tym celu przekazać wiedzę i umiejętności praktyczne oraz zapewnić

warunki do kształtowania się tożsamości profesjonalnej, by student potrafił „myśleć, działać i czuć jak lekarz”[27]. W kontekście omawianych przemian lekarz rozpoczynający pracę zawodową powinien posiadać umiejętność rozmowy z pacjentem. Czas studiów jest okresem socjalizacji. Klasyczną pracą poświęconą temu zagadnieniu jest książka Howarda Beckera i in. *Boys in white: student culture in medical school*[28].

Jednym z głównych celów edukacji medycznej jest rozwinięcie tożsamości profesjonalnej. W procesie kształcenia należy wykorzystać strategie, które pozwolą ten cel osiągnąć. Jeśli program kształcenia ma wspierać proces przeobrażenia się jednostki z laika, jaki przychodzi na studia medyczne, w profesjonalistę, proces socjalizacji powinien wspomagać realizację tego celu[29]. Kluczową rolę odgrywają tutaj doświadczenia zarówno indywidualne, jak i grupowe, refleksja nad swoimi doświadczeniami oraz interakcje społeczne, które mają miejsce w środowisku kształcenia[30]. Ważnymi elementami są kontakty z nauczycielami (i pozytywne, i negatywne), doświadczenia kliniczne, program kształcenia (wszystkie elementy – formalne, nieformalne oraz ukryte, ang. *hidden curriculum*), sposób traktowania przez pacjentów, rówieśników, profesjonalistów medycznych, społeczeństwo oraz rodzinę i znajomych[31]. Włączenie do programu nauczania zajęć z komunikacji stanowi egzemplifikację dążenia do ukształtowania absolwenta studiów medycznych

jako profesjonalisty. Kompetencje społeczne, w tym komunikacyjne, stanowią współcześnie jeden z ważnych elementów profesjonalizmu[32] lekarzy, a zdobycie tych kompetencji jest celem edukacji medycznej, na który mocny nacisk kładzie coraz więcej uczelni medycznych w Polsce[33].

Podsumowanie

Należy podkreślić, że zmiany w procesie kształcenia i socjalizacji do zawodu uwzględniające potrzebę kształcenia w zakresie kompetencji społecznych są w Polsce w początkowym stadium, pojawiły się bowiem dopiero kilka lat temu. Dzieje się tak, mimo że dyskusja nad potrzebą posiadania kompetencji komunikacyjnych lekarzy toczy się od lat. Bardzo długo wiedza o licznych problemach, których przyczyną jest brak umiejętności rozmowy z chorym, nie przekładała się na zmiany w sposobie kształcenia przyszłych lekarzy.

Na zakończenie warto postawić pytanie: czy kompetencje komunikacyjne stanowią rzeczywiście nową umiejętność oczekiwaną od lekarzy? W czasach, gdy lekarz nie miał dostępu do nowoczesnych metod diagnostycznych, rozmowa z chorym, wywiad lekarski – stanowiły podstawę diagnostyki. Zmiany, które zaszły na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci, spowodowały przeobrażenia w relacji lekarz – pacjent, chorzy mają teraz większą wiedzę na

temat zdrowia i nieporównanie lepszy dostęp do informacji na ten temat, są bardziej zaangażowani w kwestie związane ze swoim zdrowiem, lekarze natomiast dysponują niezwykle precyzyjnymi metodami diagnostycznymi.

Rozmowa z pacjentem przebiega współcześnie inaczej. Nadal podstawą prawidłowej diagnostyki jest wywiad, duże znaczenie zyskała jednak również rozmowa mająca na celu podjęcie decyzji terapeutycznej, w którą powinien być zaangażowany pacjent (ang. *share decision making*). Włączenie pacjenta w proces podejmowania decyzji jest niezwykle istotne ze względu na to, że w wielu sytuacjach stan zdrowia chorego będzie zależał od jego zaangażowania w przestrzeganie zaleceń. Jeśli będą to zalecenia uzgodnione wspólnie z lekarzem, bardziej prawdopodobnie, że pacjent będzie się do nich stosował. Oznacza to, że lekarze powinni posiadać kompetencje komunikacyjne niezbędne przy przekazywaniu informacji oraz uzgadnianiu planu postępowania. Tę zmianę odzwierciedla coraz powszechniejsze użycie w miejsce terminów *adherence* i *compliance* pojęcia *concordance*, które odnosi się do stopnia przestrzegania zaleceń przez pacjentów. Używając pojęcia *adherence*, podkreśla się partnerstwo lekarza i pacjenta oraz ich współodpowiedzialność za efekt postępowania. *Concordance* natomiast oznacza jeszcze pełniejsze porozumienie w kwestii podejmowanych działań związanych ze zdrowiem pacjenta. To kolejna zmiana, która prowadzi do wniosku o redefinicji relacji lekarz – pacjent.

Diagnoza coraz rzadziej opiera się na interakcji specjalisty posiadającego wiedzę z laikiem, który potrzebuje pomocy, a wiedzy nie posiada. Staje się interakcją dwóch ekspertów – lekarza w dziedzinie medycyny, pacjenta w obszarze swojego stanu zdrowia i możliwości podejmowania działań, które mogą zdrowiu sprzyjać lub szkodzić.

Rozumienie znaczenia kompetencji komunikacyjnych nie jest zatem nowym zjawiskiem. Przemiany, o których była mowa wyżej, implikują potrzebę wzmocnienia kompetencji komunikacyjnych lekarzy, by potrafili rozmawiać z chorymi, którzy są nierzadko ekspertami w zakresie swojego zdrowia. Ponadto kontekst społeczny niejednokrotnie nie stwarza warunków do rozmowy, generuje bowiem wiele sytuacji utrudniających porozumienie – obniża zaufanie, powoduje szum informacyjny (np. informacje przekazywane przez znachorów, umieszczone na stronach internetowych), skraca rozmowę z chorym. Krótki czas, który lekarze zwykle mają dla pacjenta, zwiększa potrzebę sprawnej komunikacji, dzięki której lekarz będzie potrafił wykorzystać w sposób najbardziej efektywny całą wizytę. Warto pamiętać, że opisane czynniki przy braku umiejętności rozmowy mogą być źródłem konfliktu w relacji lekarz – pacjent[34].

Odpowiadając na pytanie, czy kompetencje komunikacyjne stanowią rzeczywiście nową umiejętność

oczekiwaną od lekarzy, warto przytoczyć słowa Władysława Biegańskiego, który pisał, że „gdyby medycyna nie posiadała żadnego skutecznego środka w walce z chorobą, to i wtedy lekarze byliby potrzebni, jako pocieszyciele w chorobie, w tej wielkiej ludzkiej niedoli”[35].

Old profession – new (?) skills. Communication skills in medical profession

Summary

In 1957 Robert Merton wrote that the task of medical education is to shape a person who embarks on studying medicine, so that they become practitioners who can effectively do their job. In order to achieve that one has to provide the best available knowledge and practical skills, and ensure appropriate conditions for the shaping of the professional identity, so that the student learns to “think, act and feel like a physician”. This article considers communication from the perspective of sociology of medical professions. Assuming such a perspective implies the need to analyse communication 1) as a tool for building the doctor–patient relationship and 2) as an element of professionalism of the physician, as a person performing a specific professional role. The communication process is an element of the doctor-patient relationship and the communication skills are an aspect of the professional role. The article aims to present the contemporary context of practising the medical profession, to discuss the role of the doctor-patient relationship, and to point out the factors that increase the importance of communication skills.

Keywords: doctor – patient communication, sociology of medical profession, professionalism, social sciences in medical education

DR N. SPOŁ. ANTONINA DOROSZEWSKA –
Studium Komunikacji Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

---

1 L. Henderson, *Physician and patient as a social system*, w: *Encounters between patients and doctors*, ed. J.D. Stoeckle, Cambridge, London 1987.
2 T. Parsons, *System społeczny*, Kraków 2009, s. 323–337.
3 M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, Warszawa 1986, s. 95.
4 R. Veatch, *Models for ethical medicine in a revolutionary age*, w: *Biomedical ethics*, eds. T. Mappes, J. Zembaty, New York 1981, s. 51–61.
5 F. Elliot, *Professional dominance. The social structure of medical care*, New Jersey 2007.
6 E. Emanuel, L. Emanuel, *Four models of the physician – patient relationship*, „Journal of the American Medical Association" 1992, vol. 267 (16), s. 2221–2226.
7 G. Scambler, *Sociology as applied to medicine*, London 2003, s. 54.
8 M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, Warszawa 1986, s. 91–107.
9 A. Łaska-Formejster, *Proces kształtowania roli zawodowej lekarza rodzinnego*, Łódź 2002, s. 48–50.
10 S. Bloom, *The doctor and his patient*, New York 1963.
11 A. Ostrowska, *Modele relacji pacjent – lekarz*, w: *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analizy*, red. A. Ostrowska, M. Skrzypek, Warszawa 2009, s. 235–259.
12 B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz – pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Kraków 2002, s. 39–60.
13 *Socjologia zawodów*, red. A. Sarapata, Warszawa 1965, s. 5.
14 A. Majchrowska, *Rola społeczna lekarza w okresie przemian systemowych. Ciągłość i zmiana*, w: *Lekarz. Historia i wyzwania zawodu*, red. E. Anczyk, Sosnowiec 2010, s. 85.
15 W. Piątkowski, *Od paternalizm do partnerstwa*, „Los" 1997, nr 4.
16 S. Nettleton, *The sociology of health and illness*, Malden 2007, s. 138.
17 S. Timmermans, H. Oh, *The continued social transformation of the medical profession*, „Journal of Health and Social Behavior" 2010, vol. 51 (1), s. 94–106.

18 R. Horton, *Second opinion: doctors, diseases and decisions in modern medicine*, London 2003, s. 40.
19 A. Doroszewska, *Wpływ Internetu na zachowania w zdrowiu i chorobie*, w: *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*, red. K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albińska, Lublin 2010, s. 299–314.
20 A. Majchrowska, *Rola społeczna lekarza w okresie przemian systemowych*, dz. cyt., s. 86; S. Timmermans, H. Oh, *The continued social transformation of the medical profession*, dz. cyt.
21 S. Timmermans, H. Oh, *The continued social transformation of the medical profession*, dz. cyt., s. 100.
22 A. Cybulska, *Prestiż zawodów. Komunikat z badań CBOS*, Warszawa 2013, s. 6.
23 OECD, *Reader's guide*, w: *Health at glance 2017. OECD Indicators*, Paris 2017, https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en (dostęp: 20.11.2018), s. 101.
24 A. Doroszewska, *Ogólne zasady komunikowania się lekarza i pacjenta. Etyka komunikacji*, w: *Jak rozmawiać z pacjentem. Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej*, red. A. Ostrowska, Warszawa 2017, s. 15–40.
25 Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. z 2018 r. poz. 345 ze zm.).
26 Ł. Małecki, A. Stalmach-Przygoda, S. Górski i in., *Wprowadzenie całościowego kursu komunikacji medycznej dla studentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum*, „Sztuka Leczenia" 2017, nr 1, s. 73–84.
27 R.K. Merton, *Some preliminaries to a sociology of medical education*, w: *The student physician: introductory studies in the sociology of medical education*, eds. R.K. Merton, L.G. Reader, P.L. Kendall, Cambridge 1957, s. 3–79.
28 H.S. Becker, B. Geer, E.C. Hughes i in., *Boys in white: student culture in medical school*, Chicago 1961.
29 R.L. Cruess, S.R. Cruess, J.D. Boudreau i in., *Reframing medical education to support professional identity formation*, „Academic Medicine" 2014, vol. 89 (11), s. 1446–1451.

30 E.W. Hafferty, *Professionalism and the socialization of medical students*, w: *Teaching medical professionalism*, eds. R.L. Cruess, S.R. Cruess, Y. Steinert, Cambridge 2009, s. 53–73.

31 R.L. Cruess, S.R. Cruess, J.D. Boudreau i in., *Reframing medical education to support professional identity formation*, dz. cyt., s. 1448.

32 Profesjonalizm najszerzej jest definiowany jako zestaw wartości, zachowań i relacji, które wzmacniają zaufanie społeczeństwa do lekarzy, por. Royal College of Physicians of London, *Doctors in society: medical professionalism in a changing world*, London 2005.

33 Należy podkreślić, że omawiane tutaj zmiany odnoszą się do polskich realiów. Na uczelniach Europy Zachodniej i Ameryki Północnej zajęcia z komunikacji znajdują się w programie kształcenia od lat 80. ubiegłego stulecia.

34 Okazuje się zresztą, że często konflikt rzeczywiście występuje, co pokazują wyniki analiz skarg składanych przez pacjentów, u podstaw których niejednokrotnie leży nieprawidłowa komunikacja lub brak komunikacji.

35 W. Biegański, *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej*, Warszawa 1957, s. 66.

Renata Bogusz

Zarobki lekarzy w opinii Polaków

Wprowadzenie

W analizach socjologicznych jednym z branych pod uwagę elementów wykonywania pracy zawodowej jest uzyskiwanie wynagrodzenia, które postrzegane jest jako podstawa ekonomicznego bytu pracownika i jego rodziny[1]. Polska ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy[2] definiuje wynagrodzenie jako ekwiwalent wynikający ze stosunku pracy oraz odpowiednich przepisów prawa pracy, obejmujący ogół płacowych i pozapłacowych korzyści materialnych, jakie pracownik otrzymuje za wykonywaną pracę. Zgodnie z art. 78 § 1 tej ustawy: „Wynagrodzenie za pracę powinno być tak ustalone, aby odpowiadało w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganym przy jej wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy". W innych dokumentach o charakterze międzynarodowym (np. w Deklaracji filadelfijskiej Międzynarodowej Organizacji Pracy z dnia 10 maja 1944 r.) oraz w społecznej nauce

Kościoła katolickiego zdecydowanie akcentowane są kategorie sprawiedliwej czy godziwej płacy[3].

Kształtowanie się zawodu lekarza i jego historia, bez względu na miejsce i czas, związane były z negocjowaniem warunków wynagrodzenia za wykonywaną pracę. Od najdawniejszych czasów po dzień dzisiejszy to kwestia wciąż aktualna oraz niezmiennie bardzo kontrowersyjna.

Wynagrodzenie uzyskiwane przez lekarza w przeszłości

W publikacjach z zakresu historii medycyny zachowały się informacje o skrajnym zróżnicowaniu opłat, jakie w przeszłości pobierali lekarze, w zależności od tego, gdzie, kogo i z jakim skutkiem leczyli oraz przez kogo byli zatrudniani[4].

W starożytnej Mezopotamii zadania lekarzy wykonywali przeważnie kapłani, którzy mieli stałe pensje jako urzędnicy królewscy. Lecząc, świadczyli usługi bezpłatne, otrzymywali jednak darowizny, składane przez chorych i wyleczonych w świątyniach[5]. Informacje o wycenie usług leczniczych można odnaleźć także w słynnym kodeksie Hammurabiego, który do czasów prawodawstwa rzymskiego funkcjonował w starożytności jako wzorcowy zbiór przepisów prawnych. W sytuacji, kiedy honorarium lekarskie było zróżnicowane ze względu na pozycję społeczną chorego, najwyższa opłata

za zabieg chirurgiczny dostojnika wynosiła 10 szekli srebra (1 szekel = 8 gramów), w sytuacji operowania wyzwoleńca trzeba było zapłacić 5 szekli (dla porównania – tyle wynosił roczny czynsz wynajęcia tzw. lepszego domu), a za zoperowanie niewolnika właściciel ponosił koszt 2 szekli[6]. W sytuacji nieudanej operacji lekarz podlegał karze, którą mogło być np. obcięcie rąk[7].

W Grecji wprowadzono zasadę płacenia lekarzowi na długo przed Hipokratesem i zwykle pobierał on opłatę przed rozpoczęciem leczenia, ponieważ sam musiał przygotować odpowiednie dla chorego lekarstwa. Natomiast lekarze pracujący w służbie publicznej otrzymywali niewielkie wynagrodzenie w zamian za bezpłatne leczenie ubogich[8]. W starożytnym Rzymie lekarze, którzy – jako niewolnicy – byli własnością swoich panów, pracę terapeutyczną musieli wykonywać bezpłatnie. Początkowo lekarze Rzymianie, jako przedstawiciele wolnego zawodu, również nie mogli pobierać wynagrodzenia. Sytuacja zmieniła się w okresie cesarstwa, funkcjonowały wówczas dwie grupy lekarzy: miejscy lub gminni oraz pałacowi lub przyboczni. Pierwsi z nich, otrzymując stałe wynagrodzenie, zobowiązani byli do bezpłatnego leczenia biednych, mogli jednak przyjmować podarunki, a dodatkowo prowadzić prywatną praktykę. Wśród lekarzy pałacowych najważniejszy otrzymywał zapłatę pieniężną, pozostali dostawali jedynie zboże i oliwę. Z czasem honoraria wolno praktykujących i przybocznych

lekarzy zaczęły wzrastać, osiągnęły wręcz „zawrotną wysokość”[9].

W kolejnych epokach utrzymało się, a nawet pogłębiało, zróżnicowanie wynagrodzenia osiąganego przez lekarzy pracujących w poszczególnych państwach (np. w XVI w. wyższe dochody osiągali lekarze we Francji i Włoszech niż w Niemczech), zajmujących różne stanowiska (lekarze wiejscy i miejscy zarabiali znacznie mniej niż nadworni czy przyboczni lekarze książąt i królów) czy specjalizujących się w leczeniu pewnych chorób albo zapobieganiu im (w średniowieczu najbogatsi byli „specjaliści od kiły”, a w XVIII w. szczepiący przeciw ospie)[10].

Wiek XVIII, ze względu na dynamiczny rozwój praktyki medycznej i wysokie zarobki, uznano za „złotą epokę dla stanu lekarskiego” w Europie[11]. W Polsce panowało wówczas przekonanie, że szlachcic nie powinien zajmować się medycyną. Było więc niewielu lekarzy, przeważali wśród nich cudzoziemcy, pracujący przede wszystkim dla hojnych magnatów i bogatej szlachty. Dopiero kiedy zaczęły działać szkoły założone przez Komisję Edukacji Narodowej i na mocy uniwersałów królewskich nakazano miastom i miasteczkom wybrać chłopców, którzy mieli być kształceni na koszt miasta, sytuacja zaczęła się powoli zmieniać[12]. W kolejnym stuleciu intensywne przemiany związane z rozwojem przemysłu doprowadziły do pauperyzacji wielu grup społecznych, dla których opieka lekarska stała się niedostępnym luksusem. W tej sytuacji możliwości

zarobkowania lekarzy uległy znacznemu pogorszeniu. Na przełomie XIX i XX w., wraz z rozwojem szpitalnictwa, utworzeniem specjalizacji lekarskich oraz wprowadzeniem ubezpieczeń społecznych, realia życia i pracy lekarzy po raz kolejny uległy zmianie[13].

Ciekawym źródłem informacji o trudnych warunkach egzystencji i dochodach uzyskiwanych przez polskich lekarzy są pamiętniki pisane przez nich w różnych okresach XX w.[14]

Współczesne dochody lekarzy

Bardzo trudno obiektywnie i jednoznacznie określić aktualne wynagrodzenie uzyskiwane przez lekarzy. Cząstkowe informacje, jakie na podstawie różnych źródeł pojawiają się w mediach, stają się powodem skrajnie różnych opinii i ocen społecznych. Faktem jest, że duże zróżnicowanie w obrębie tej grupy zawodowej jest przyczyną znaczących różnic w dochodach osiąganych przez jej przedstawicieli. W takich realiach, powołując się na odpowiednio dobrane źródła informacji, bez trudu można udowadniać, że wśród lekarzy pojawiają się „krezusi", ale też i „współcześni nędzarze"[15]. Z danych opublikowanych jesienią 2018 r. w „Dzienniku Łódzkim" wynika przykładowo, że najwyższe wynagrodzenie, liczone razem z dyżurami, jakie uzyskał lekarz w jednym

z lokalnych szpitali, w pierwszym kwartale 2018 r. wynosiło 38 680 zł miesięcznie brutto, a najmniej zarabiający lekarz w tej samej instytucji dostawał wówczas 3383 zł brutto[16].

Uzyskiwane przez lekarzy wynagrodzenie zależy od stażu pracy, rodzaju specjalizacji, etapu kariery naukowej, zajmowanego stanowiska oraz regionu. Zdarza się, że przy braku personelu medycznego szpitale proponują specjalistom konkurencyjne stawki, w granicach kilku, a nawet kilkunastu tysięcy złotych, aby skłonić ich do podjęcia pracy[17]. Większość lekarzy pracuje na szpitalnym etacie, dla przeważającej części z nich nie jest to jedyne miejsce pracy. Odkąd przepisy prawa umożliwiają kontraktowanie świadczeń medycznych, lekarze poza etatem mogą pracować na dyżurach w miejscu swojego stałego zatrudnienia lub w innych instytucjach, czasem uzyskując dodatkowe prowizje. Ponadto większość z nich przyjmuje pacjentów w prywatnych gabinetach.

W opisanej powyżej sytuacji zasadne jest pytanie: dlaczego lekarze pracują jednocześnie w wielu miejscach? Zdaniem niektórych z nich to konieczność wynikająca z niskich zarobków. Przykładowo rezydentka medycyny ratunkowej na pytanie, co robi po nocnym dyżurze, odpowiedziała: „Idę do pracy. W «nocnej pomocy» pracuje się dla pieniędzy, żeby dorobić. Kończę rano i zaczynam nowy dzień w «swoim» szpitalu na oddziale. Leczę dzieci”[18]. Lekarka specjalizująca się w chirurgii, opisując czas swojej pracy i zarobki, stwierdziła: „Tak, przyznaję,

zarabiam około 10 tys. na rękę od roku, ale to oznacza minimum trzynaście dyżurów w miesiącu. Mam nadpłatę za wodę i ogrzewanie, bo tak rzadko bywam w mieszkaniu”[19].

Inni zwracają uwagę na konieczność obsadzenia dyżurów, co w sytuacji braku lekarzy wynika także z lojalności zawodowej. Potwierdza to przykładowa wypowiedź rezydenta ostatniego roku specjalizacji: „Najbardziej przykre jest to, że ludzie patrzą na nas jak na dorobkiewiczów, zaglądają nam do kieszeni. Często nie rozumieją, że nie ma rąk do pracy”[20].

Są i tacy, którzy uważają, że jednoczesna praca w wielu miejscach to przede wszystkim wybór lekarzy. Lekarka zatrudniona w medycynie ratunkowej stwierdziła: „Przecież nikt z nas nie musi tyle pracować, ile pracuje. Ale my oczywiście się do tego nie przyznajemy. My mówimy: «Musimy harować jak woły, bo musimy obsadzić dyżury!». Dobra, ale co to znaczy «musimy»? Przecież w większości miejsc pracujemy na kontraktach. Sprawa jest prosta. Wystarczy powiedzieć: «Przepraszam, ale w tym miesiącu biorę pięć dyżurów, a nie osiem (…). Mogę to zrobić, ale świadomość, że miałabym tylko pięć dyżurów na karetce zamiast ośmiu czy dziewięciu, zabiłaby mnie. Co ja będę robić, jak nie będę jeździć?»”[21].

Analiza raportów, cyklicznie przygotowywanych przez Ministerstwo Zdrowia na podstawie danych uzyskanych w wybranych szpitalach, oraz raporty z kontroli przeprowadzanych w szpitalach przez NIK pokazują, że

dochody lekarzy od 2010 r. wzrosły[22]. Niezależnie od tego wciąż nie wszyscy są zadowoleni z wynagrodzeń[23].

Burzliwa dyskusja społeczna dotycząca zarobków lekarzy po raz kolejny wybuchła jesienią 2017 r. podczas strajków organizowanych przez rezydentów[24]. Protestujący chcieli zwrócić uwagę opinii publicznej i rządu na trudne warunki pracy, niskie pensje i exodus polskich lekarzy. Wśród postulatów młodych lekarzy na plan pierwszy wysuwały się dwa: wzrost nakładów na służbę zdrowia do poziomu 6% PKB oraz wzrost wynagrodzenia lekarzy. Po kilku miesiącach negocjacji pomiędzy strajkującymi a Ministrem Zdrowia podpisano porozumienie[25]. W takich okolicznościach pojawił się pomysł przeprowadzenia reprezentatywnych badań, które miały pomóc w uzyskaniu informacji dotyczących wynagrodzenia lekarzy.

Celem prezentowanej pracy jest analiza opinii Polaków na temat zarobków lekarzy. W projekcie postawiono następujące problemy badawcze:

1. Jak ogólnie określić można dochody uzyskiwane przez lekarzy w porównaniu do przedstawicieli innych grup zawodowych?
2. Jakie są dochody lekarzy w porównaniu z przedstawicielami wybranych zawodów medycznych oraz innych zawodów funkcjonujących w obecnym systemie ochrony zdrowia?
3. Jaka powinna być wysokość średniej miesięcznej pensji netto otrzymywanej przez lekarza w trakcie robienia

specjalizacji, po zrobieniu specjalizacji oraz po 10 latach pracy?

Materiał i metody

Prezentowane w pracy dane pochodzą z ilościowych badań sondażowych, które w 2018 r. na zlecenie Samodzielnej Pracowni Socjologii Medycyny Uniwersytetu Medycznego w Lublinie zrealizowała Grupa BST. Badania realizowano techniką *mixed-mode*, tj. 84% CAPI (ang. *Computer Assisted Personal Interview*, wywiad osobisty z zastosowaniem środków elektronicznych – technika podstawowa) oraz 16% CATI (ang. *Computer Assisted Telephone Interviewing*, wywiad telefoniczny – technika uzupełniająca, wykorzystywana do uzupełnień zakładanych rozkładów metrycznych), na reprezentatywnej próbie 600 dorosłych Polaków. Maksymalny przyjęty błąd statystyczny wynosił 4%, przedział ufności 95%.

Reprezentatywność, która umożliwia uogólnianie uzyskanych danych na całą populację dorosłych Polaków, została określona na podstawie: płci respondentów, ich wieku, wykształcenia oraz miejsca zamieszkania. Wśród badanych było 51% kobiet i 49% mężczyzn. Respondenci do 29. roku życia stanowili 17,7%, do 39 lat – 21%, do 49 lat – 17%, do 59 lat – 16,3%, osób w wieku 60 lat i więcej było 28%. Swoje wykształcenie 2,2% badanych określiło jako

podstawowe lub gimnazjalne, 19,3% – zasadnicze zawodowe, 35,4% – średnie, 21,8% – wyższe licencjackie i 21,3% – wyższe magisterskie. Na wsi zamieszkiwało 5,5% badanych, pozostali mieszkali w mieście: do 20 tys. (10%), 20–100 tys. (38%), 100–500 tys. (37,5%) oraz powyżej 500 tys. mieszkańców (9%). Tylko 2% wśród badanych stanowili respondenci, którzy wykonywali zawód medyczny. Zdecydowana większość pozytywnie oceniała stan własnego zdrowia (bardzo dobre – 24%, dobre – 62%, przeciętne – 12,7%, złe – 1,3%) oraz warunki materialne (bardzo dobre – 11,3%, dobre –59,8%, przeciętne – 27,7%, złe – 1,2%).

Wyniki

Respondenci określali dochody lekarzy w odniesieniu do innych grup zawodowych w zależności od stażu pracy i etapu kariery zawodowej, odpowiadając na trzy pytania. Pierwsze pytanie dotyczyło ogólnego porównania dochodów uzyskiwanych przez lekarzy i przedstawicieli innych grup zawodowych. W drugim, stosując pięciostopniową skalę (1 – oznaczało bardzo niską ocenę, 2 – niską, 3 – średnią, 4 – wysoką, 5 – bardzo wysoką), należało ocenić dochody uzyskiwane przez przedstawicieli dwunastu wybranych zawodów medycznych oraz innych zawodów, jakie funkcjonują w systemie ochrony zdrowia. Jeżeli jednoznaczna ocena sprawiała komuś trudność, mógł

wybrać kategorię „trudno powiedzieć”. W trzecim pytaniu (otwartym) należało podać konkretną wysokość średniej miesięcznej pensji, jaką powinien otrzymywać lekarz netto, czyli „na rękę”, w trzech sytuacjach: w trakcie robienia specjalizacji (na rezydenturze, czyli w okresie około 5 lat po zakończeniu studiów), po zrobieniu specjalizacji (w okresie około 6–10 lat od zakończenia studiów) oraz po 10 latach pracy.

W ogólnej ocenie dochodów osiąganych przez lekarzy, w porównaniu do innych grup zawodowych, ponad połowa badanych stwierdziła, że zarabiają oni tyle, ile powinni. Pozostali niemalże w równej mierze wybierali kategorie wskazujące na to, że lekarze zarabiają za dużo lub za mało (rysunek 1).

Oceniając dochody uzyskiwane przez lekarzy na pięciostopniowej skali, respondenci najczęściej wskazywali na najwyższe poziomy (rysunek 2).

Analizując średnią arytmetyczną ocenę dla poszczególnych grup zawodowych, należy stwierdzić, że najwyżej ocenione zostały dochody lekarza i stomatologa, a najniżej – pielęgniarki i położnej. Różnice w ocenie pomiędzy poszczególnymi zawodami były niewielkie, ich rozpiętość pomiędzy najniższą (3,19) a najwyższą wartością (4,36) wynosiła zaledwie 1,17 stopnia (rysunek 3).

Częściej niż co drugi badany stwierdził, że dochody lekarzy są bardzo wysokie (najwyższa ocena na skali).

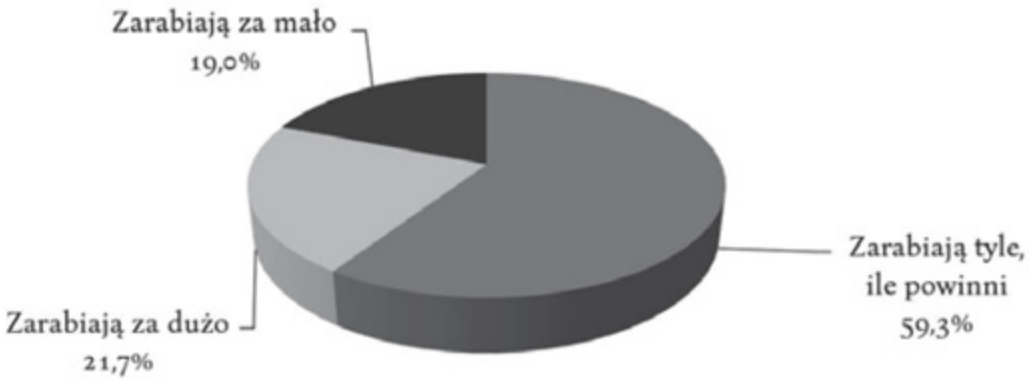
Częstość wyboru tej kategorii dla pozostałych grup zawodowych była zdecydowanie niższa (rysunek 4).

Na uwagę zasługuje fakt, że trudność respondentów z wyborem jednoznacznej oceny dochodów najczęściej dotyczyła felczera, więcej niż co trzeci respondent (32,5%) w odniesieniu do tej grupy zawodowej wybierał kategorię „trudno powiedzieć”, najrzadziej natomiast taka odpowiedź była wskazywana w ocenie dochodów lekarza (5,7%).

Opinie Polaków dotyczące średniej miesięcznej pensji, jaką powinien otrzymywać lekarz „na rękę”, w trakcie robienia specjalizacji, czyli około 5 lat po zakończeniu studiów, wahały się od 2000 zł (2774 zł brutto) do 6000 zł (8515 zł brutto). Aby umożliwić porównanie uzyskanych danych z wartościami dochodów brutto, jakie podawane są w innych publikacjach, przeliczono je, korzystając z kalkulatora wynagrodzeń[26]. Średnia arytmetyczna obliczona dla wszystkich kwot podanych w tej sytuacji przez respondentów wynosiła 3200 zł (4496 zł brutto) – rysunek 5.

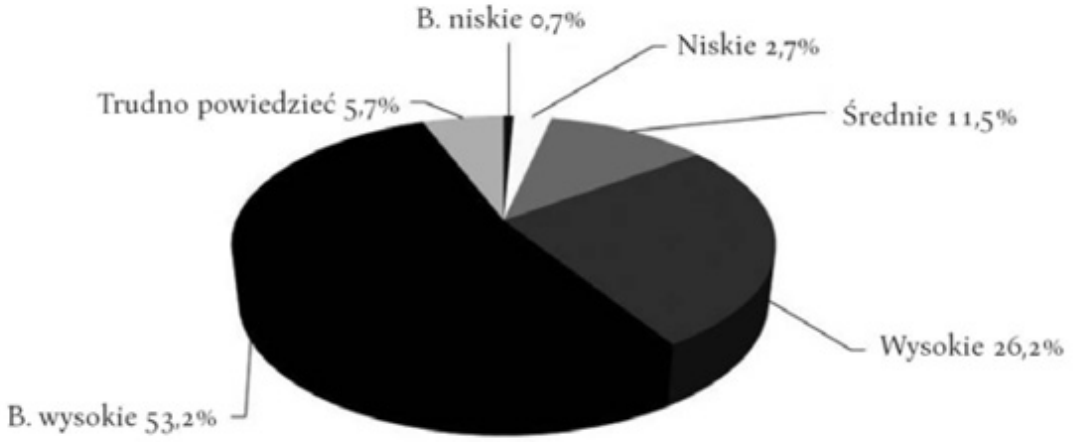
Średnia miesięczna pensja lekarza „na rękę”, po zrobieniu specjalizacji, około 6–10 lat po zakończeniu studiów, powinna zdaniem badanych wynosić od 2500 zł (3493 zł brutto) do 8000 zł (11 386 zł brutto). Średnia arytmetyczna obliczona dla wszystkich kwot podanych w tej sytuacji przez respondentów wynosiła 5000 zł (7080 zł brutto) – rysunek 6.

Średnia miesięczna pensja lekarza „na rękę” po 10 latach pracy w opinii badanych powinna wynosić minimalnie 3000 zł (4210 zł brutto), a maksymalnie 14 000 zł (19996 zł brutto). Średnia arytmetyczna obliczona dla wszystkich kwot podanych w tej sytuacji przez respondentów wynosiła 6100 zł (8659 zł brutto) – rysunek 7.



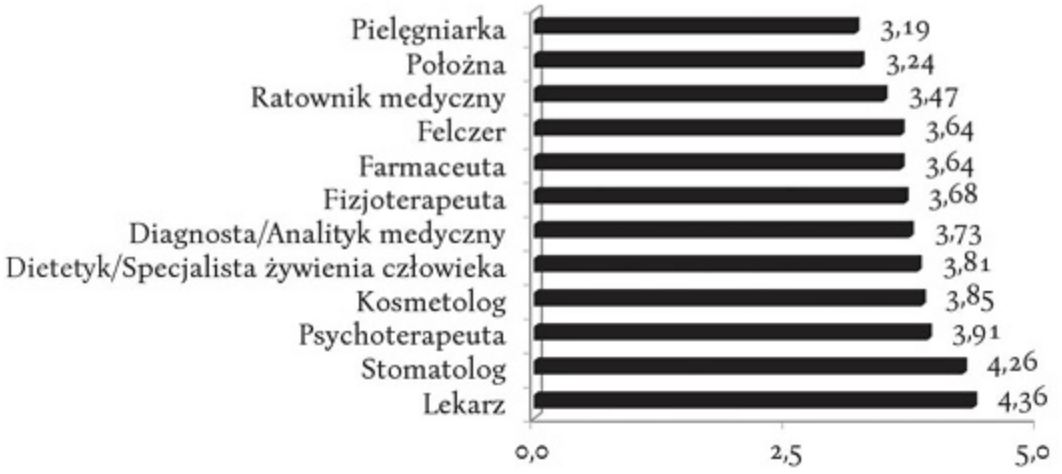
Rysunek 1. Ogólna ocena dochodów osiąganych przez lekarzy w porównaniu do innych grup zawodowych

Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 2. Ocena dochodów osiąganych przez lekarzy na skali pięciostopniowej (1 – bardzo niska ocena, 2 – niska, 3 – średnia, 4 – wysoka, 5 – bardzo wysoka)

Źródło: opracowanie własne.

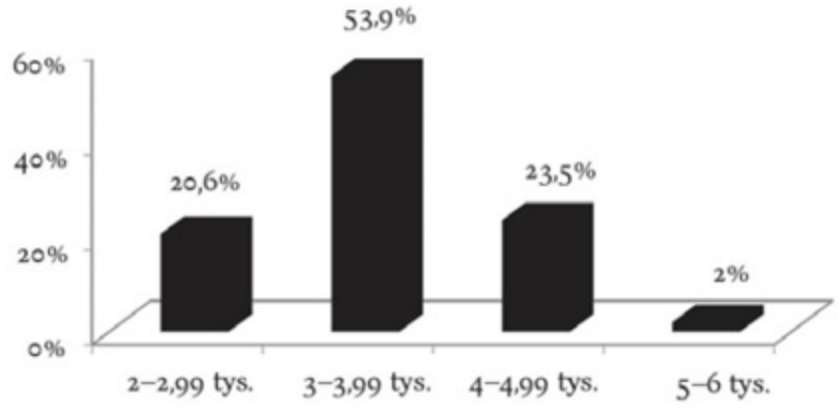


Rysunek 3. Ocena wysokości dochodów uzyskiwanych przez przedstawicieli wybranych grup zawodowych – średnia arytmetyczna dla skali pięciostopniowej

Źródło: opracowanie własne.

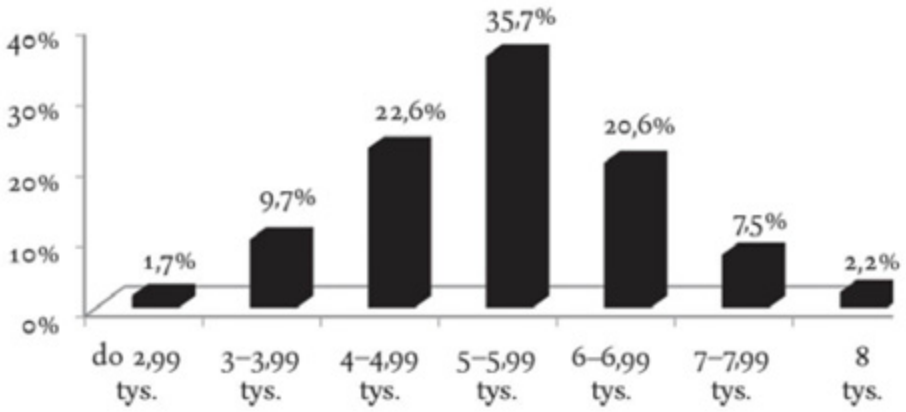
Rysunek 4. Ocena dochodów uzyskiwanych przez przedstawicieli wybranych grup zawodowych: kategoria – „bardzo wysoka”

Źródło: opracowanie własne.



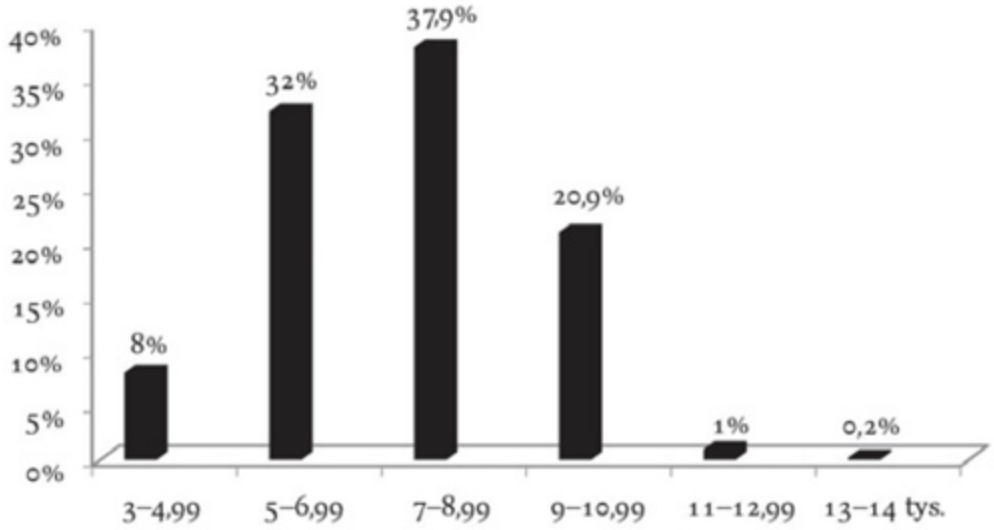
Rysunek 5. Średnia miesięczna pensja, jaką lekarz powinien otrzymywać „na rękę” w trakcie robienia specjalizacji, ok. 5 lat po zakończeniu studiów

Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 6. Średnia miesięczna pensja, jaką lekarz powinien otrzymywać „na rękę” po zrobieniu specjalizacji, około 6–10 lat po zakończeniu studiów

Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 7. Średnia miesięczna pensja, jaką lekarz powinien otrzymywać „na rękę” po 10 latach pracy

Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

W sytuacji dostępności wielu fragmentarycznych informacji o wynagrodzeniach lekarzy, jakie pochodzą od przedstawicieli zawodu, ich przełożonych, z raportów z badań czy danych Ministerstwa Zdrowia, trzeba podkreślić, że jest to wciąż temat tabu. Warto pamiętać, że w naszej kulturze, pomimo postulatów dotyczących potrzeby ujawniania danych o dochodach, tego typu pytania wciąż stanowią kwestie wrażliwe[27]. Ponadto w wielu informacjach, które podawane są w mediach, brakuje precyzji w określaniu dochodów lekarzy. Nie zawsze wiadomo, czy podawana kwota to pensja wynikająca wyłącznie z zatrudnienia na etacie czy uwzględniająca dodatkowe dyżury lub pełnioną funkcję, czy są to zarobki wynikające z kontraktu oraz czy podawana wartość to płaca netto czy brutto.

Uzyskane w badaniach własnych dane można odnieść do podobnych badań, zrealizowanych przez CBOS w 2013 r. Polacy, określając wówczas realne i postulowane zarobki wielu grup zawodowych, stwierdzali najczęściej, że lekarze zarabiają za dużo (32%), w sytuacji kiedy poziom ich

przeciętnych realnych i postulowanych zarobków określono odpowiednio jako: 7849,29 zł i 6764,36 zł. Zdaniem 25% badanych lekarze zarabiali za mało i tylko w opinii 17% respondentów, tyle, ile powinni[28]. Postulowane wówczas kwoty były znacznie niższe niż te, które uzyskano w badaniach własnych dla specjalistów z krótszym i dłuższym stażem, przy czym respondenci CBOS znacznie częściej twierdzili, że lekarze zarabiają za dużo. Rozbieżność w uzyskanych obecnie i w przeszłości wynikach skłania do refleksji. Być może aktualne dane to efekt doceniania kompetencji lekarzy, których zaczyna wyraźnie brakować (liczba lekarzy w Polsce na 1000 mieszkańców jest najniższa w całej Unii Europejskiej[29]), m.in. dlatego, że w poszukiwaniu wyższych dochodów wyjeżdżają do pracy za granicę[30]. Niewykluczone, że pewien wpływ na analizowane opinie miała sprawa nagłośnionych medialnie postulatów płacowych rezydentów.

W najnowszym raporcie GUS[31] średnie miesięczne zarobki lekarzy zaliczonych do grupy specjalistów w sektorze publicznym i prywatnym wynosiły odpowiednio: 7150,28 zł i 8152,29 zł. Jak wynika natomiast z najnowszego Ogólnopolskiego Badania Wynagrodzeń, lekarze, obok informatyków i finansistów, to obecnie jedna z najlepiej opłacanych grup zawodowych w naszym kraju. Przykładowo dla wszystkich lekarzy rodzinnych mediana

wynagrodzeń wynosiła 7100 zł, a dla tych najlepiej opłacanych – 9500 zł[32].

Co w obliczu różnych danych można powiedzieć o aktualnych wynagrodzeniach lekarzy? Z całą pewnością najniższe są zarobki stażystów, ich miesięczne pensje zasadnicze reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia[33], podobnie jak wysokość płac rezydentów. Te ostatnie zależą od stażu pracy, rodzaju specjalizacji i trybu, w jakim dana osoba została zakwalifikowana do odbywania specjalizacji[34].

Zgodnie z ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych[35] przyjęto, że do dnia 31 grudnia 2019 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone będzie jako iloczyn kwoty 3900 zł brutto i współczynnika pracy, różnie określonego dla lekarza, który uzyskał specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny, lekarza ze specjalizacją pierwszego stopnia w określonej dziedzinie medycyny, lekarza bez specjalizacji oraz stażysty. Jednak w wyniku porozumień podpisanych przez Ministra Zdrowia z rezydentami na początku 2018 r. powyższe przepisy zostały zmienione. Przyjęto m.in., że wynagrodzenie zasadnicze wszystkich lekarzy rezydentów od 1 lipca 2018 r. wyniesie 4000 zł (2853 zł netto) lub 4700 zł (3341 zł netto), jeśli odbywają specjalizację w dziedzinach

priorytetowych. Od trzeciego roku wynagrodzenia te zwiększą się odpowiednio o 500 lub 600 zł[36]. Konsekwencją wspomnianych porozumień są także regulacje oferujące lekarzom publicznych szpitali podwyżkę pensji do 6750 zł w zamian za tzw. lojalki, czyli rezygnację z dodatkowej pracy[37] (nie będą podejmować pracy w innych jednostkach realizujących kontrakty NFZ i nie będą w nich udzielać takich świadczeń jak w jednostce macierzystej, mogą natomiast wykonywać dodatkową pracę w poradniach).

Niejednoznaczność zapisów zawartych w ustawie oraz trudności z ich interpretacją są już obecnie powodem licznych dyskusji i obaw[38]. Realne staje się ryzyko dodatkowego wydłużenia kolejek do specjalistów czy eskalacji oczekiwań płacowych lekarzy, którzy jako specjaliści zatrudniani są na podstawie umów cywilnych[39]. W takiej sytuacji Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, aby przeciwdziałać chaosowi, jaki może nastąpić w publicznej ochronie zdrowia, zaapelował do Ministra Zdrowia, aby pilnie podjąć działania nad nowelizacją ustawy określającej zasady finansowania lekarzy[40]. Pomimo wielu różnorodnych prób uregulowania lekarskich wynagrodzeń nie udało się wciąż uzyskać trwałego konsensusu. Można natomiast przypuszczać, że w perspektywie kolejnych lat wraz ze wzrostem planowanych nakładów na zdrowie będą rosły wynagrodzenia pracowników wszystkich zawodów medycznych, ponieważ „bez dobrych płac w ochronie

zdrowia, pacjent nigdy nie uzyska odpowiedniej opieki”[41]. Pozostaje tylko doprecyzować pojęcia dobrych płac i odpowiedniej opieki.

Wnioski

Wyniki z sondażowych badań socjologicznych wskazują, że Polacy dość realistycznie oceniają zarobki lekarzy. Według powszechnej opinii uzyskują oni wysokie dochody, szczególnie w porównaniu do pracowników innych zawodów medycznych i funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia.

Więcej niż co drugi wśród badanych twierdził, że w porównaniu z dochodami innych grup zawodowych lekarze zarabiają tyle, ile powinni. W odniesieniu do postulowanych wynagrodzeń specjalistów, szczególnie ze stażem pracy dłuższym niż 10 lat, respondenci podawali przy tym wyższe kwoty niż te, które obecnie są gwarantowane lekarzom zatrudnianym w publicznych szpitalach.

Wysoka ocena dochodów, jakie uzyskują, zdaniem respondentów, lekarze, w zestawieniu ze średnią pensją, jaką powinien dostawać lekarz w trzech sytuacjach zróżnicowanych ze względu na staż pracy i kwalifikacje (w trakcie robienia specjalizacji, po zrobieniu specjalizacji i po 10 latach pracy), potwierdza występowanie w opinii

społecznej dużych rozbieżności zarobków w tej grupie zawodowej.

Incomes of physicians in the opinion of Poles

Summary

Physicians are a diversified professional group in terms of income. Despite partial information from the profession's representatives, their superiors or the test reports, the level of their income is still a taboo in Poland. In the absence of concrete information about actual doctor salaries, they are met with extremely polarized opinions and social assessments. This study analyzes the opinions of Poles about the earnings of physicians on the basis of the data from quantitative surveys. The research was carried out on behalf of the Independent Medical Sociology Unit of the Medical University of Lublin by the BST Group in 2018 on a representative group of 600 Poles, above 18 years of age. When assessing the income of doctors in comparison to other professional groups, Polish respondents often stated that physicians earn as much as they should (59.3%). In a detailed assessment which concerned twelve professions operating within the health care system, physicians were ranked first (53.2%). In the opinion of the majority of the respondents, the average monthly salary of a physician on the way to their specialization should be net PLN 3–4 000 (75.3%), after specialization PLN 5–6 000 (54.8%) and after ten years of work PLN 6–8 000 (57.8%). The obtained estimate of the high income that physicians receive in comparison to the average salary in these three different scenarios dependent on seniority and qualifications confirms the occurrence in the Polish public opinion of large discrepancies in the earnings of this professional group.

Keywords: physicians, income, Polish public opinion

DR N. MED. RENATA BOGUSZ –
Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

---

1 J. Szczepański, *Czynniki kształtujące zawód i strukturę zawodową*, w: *Socjologia zawodów*, red. A. Sarapata Warszawa 1965, s. 11–24.

2 Dz. U. z 2018 r. poz. 917.

3 Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, *Międzynarodowa Organizacja Pracy – Konstytucja i inne dokumenty*, Warszawa 2017; Jan Paweł II, *Laborem exercens*, w: *Laborem exercens. Tekst i komentarze*, red. J. Gałkowski, Lublin, s. 7–54; J. Wratny, *Prawo do wynagrodzenia za pracę w świetle zasad sprawiedliwości i równości*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska", Sectio G, vol. LXII, no. 22015, s. 297–315.

4 K. Pollak, *Uczniowie Hipokratesa*, Warszawa 1970; W. Szumowski, *Propedeutyka lekarska, czyli propedeutyka medycyny ogólna*, Kraków 1992.

5 K. Pollak, *Uczniowie Hipokratesa*, dz. cyt., s. 43.

6 Tamże, s. 43–45.

7 W. Szumowski, *Propedeutyka lekarska, czyli propedeutyka medycyny ogólna*, dz. cyt., s. 48.

8 K. Pollak, *Uczniowie Hipokratesa*, dz. cyt., s. 133–135.

9 Tamże, s. 150–153.

10 Tamże, s. 214–215.

11 Tamże, s. 243–244

12 W. Szumowski, *Propedeutyka lekarska, czyli propedeutyka medycyny ogólna*, dz. cyt., s. 62–65.

13 K. Pollak, *Uczniowie Hipokratesa*, dz. cyt., s. 243–294.

14 *Pamiętniki lekarzy*, Warszawa 1939; *Pamiętniki lekarzy*, Warszawa 1968; *Pamiętniki lekarzy*, Warszawa 2004.

15 *Ile naprawdę zarabiają lekarze? 5,2 tys. zł dla specjalisty, 2,2 tys. zł dla asystenta*, portal Forsa.pl, http://forsal.pl/artykuly/1095550,zarobki-lekarzy-negocjacje-ministra-zdrowia-i-rezydentow-podwyzki-wynagrodzenia.html (dostęp: 4.01.2018); P. Słowik, *Krezusi i nędzarze w białych fartuchach, czyli ile*

zarabiają lekarze, portal Gazeta Prawna.pl, http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1095492,zarobki-lekarzy-w-polsce.html (dostęp: 4.01.2018); S. Ciszak, *Zarobki polskich lekarzy. Ich podstawy są nędzne, więc uciekają z kraju*, portal money.pl, https://www.money.pl/gospodarka/wiadomosci/artykul/zarobki-lekarzy-lekarze-pensje,82,0,2374738.html (dostęp: 4.01.2018).

16 *Audi A4 za jedną lekarską wypłatę? To możliwe*, portal Termedia, https://www.termedia.pl/mz/Audi-A4-za-jedna-lekarska-wyplate-To-mozliwe,31309.html (dostęp: 10.09.2018).

17 *Kto da więcej, czyli jak zapewnić medyczną kadrę szpitalowi*, portal RynekZdrowia.pl, http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Kto-da-wiecej-czyli-jak-zapewnic-medyczna-kadre-szpitalowi,183777,1.html (dostęp: 8.05.2018).

18 P. Reszka, *Mali bogowie 2. Jak umierają Polacy*, Warszawa 2018, s. 231.

19 Tamże, s. 311.

20 Tamże, s. 315.

21 Tamże, s. 46.

22 M. Fedorowicz, *Opolska lista płac. Ile zarabiają lekarze i pielęgniarki*, serwis nto.pl,http://www.nto.pl/opolska-lista-plac/art/7235888,opolska-lista-plac-ile-zarabiaja-lekarze-i-pielegniarki,id,t.html (dostęp: 14.04.2018); Najwyższa Izba Kontroli, *NIK o zatrudnieniu w służbie zdrowia*, https://www.nik.gov.pl/AKTUALNOSCI/NIK-O-ZATRUDNIENIU-W-SLUZBIE-ZDROWIA.HTML (dostęp: 14.04.2018).

23 A. Sowa, *Co dolega lekarzom?*, „Polityka”, 27 stycznia 2015 r., https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/kraj/1606809,1,medycy-ile-zarabiaja-na-co-narzekaja.read (dostęp: 4.02.2018).

24 G. Bogaczyk, *Protest rezydentów. Głodówki w Lublinie na razie nie będzie*, portal KurierLubelski, https://kurierlubelski.pl/protest-rezydentow-glodowki-w-lublinie-na-razie-nie-bedzie/ar/12585418 (dostęp: 16.10.2017).

25 *Minister i rezydenci wspólnie przed kamerami. Dogadali się*, portal Termedia, https://www.termedia.pl/mz/Minister-i-rezydenci-wspolnie-przed-kamerami-Dogadali-sie,29134.html (dostęp: 8.02.2018).

26 Portal wynagrodzenia.pl, zakładka: *Kalkulator wynagrodzeń*, https://wynagrodzenia.pl/kalkulator-wynagrodzen (dostęp: 15.07.2018).

27 CBOS, *Kto wie ile zarabiamy? Stosunek Polaków do jawności dochodów*, komunikat z badań nr 58/2018, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2018/K_058_18.PDF (dostęp: 5.04.2018).

28 CBOS, *Polacy o zarobkach różnych grup zawodowych*, komunikat z badań BS/127/2013, https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_127_13.PDF (dostęp: 14.04.2018).

29 OECD, *Health at a glance: Europe 2016. State of health in the EU cycle*, https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en#page2 (dostęp: 20.05.2018).

30 P. Ciszak, *Zarobki polskich lekarzy*, dz. cyt.; *Czy takie podwyżki płac zatrzymają lekarzy w Polsce?*, portal RynekZdrowia.pl, http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Czy-takie-podwyzki-plac-zatrzymaja-lekarzy-w-Polsce,182842,1.html (dostęp: 5.04.2018); K. Kowalska, *Ile zarabiają lekarze za granicą?*, „Rzeczpospolita", 4 kwietnia 2018 r., https://www.rp.pl/Lekarze-i-pielegniarki/304049920-Ile-zarabiaja-lekarze-za-granica.html (dostęp: 4.04.2018).

31 GUS, *Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2016 roku*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-zatrudnieni-wynagrodzenia-koszty-pracy/struktura-wynagrodzen-wedlug-zawodow-w-pazdzierniku-2016-r-,4,8.html?pdf=1 (dostęp: 20.01.2018).

32 A. Cieślak-Wróblewska, *Najlepiej opłacane zawody. W czym się specjalizować, by świetnie zarabiać*, „Rzeczpospolita", 15 lipca 2018 r., https://www.rp.pl/Wynagrodzenia/307159947-Najlepiej-oplacane-zawody-W-czym-sie-specjalizowac-by-swietnie-zarabiac.html (dostęp: 15.07.2018).

33 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 listopada 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. poz. 2194 ze zm.).

34 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2018 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizacje w ramach rezydentury (Dz. U. poz. 1737).

35 Dz. U. poz. 1473 ze zm.

36 *Projekt rozporządzenia ws. wynagrodzeń lekarzy rezydentów – w konsultacjach*, portal GazetaPrawna.pl

http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1138131,projekt-rozporzadzenia-ws-wynagrodzen-lekarzy-rezydentow.html (dostęp: 14.06.2018).

37 Ustawa z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1532).

38 D. Kuropaś, *Kto może otrzymać podwyżkę, a kto nie? Nieprecyzyjne przepisy ws. „lojalek”*, portal RynekZdrowia.pl, http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Kto-moze-otrzymac-podwyzke-a-kto-nie-Nieprecyzyjne-przepisy-ws-lojalek,187414,1.html (dostęp: 11.09.2018).

39 *Zasady podwyżek dla lekarzy doprowadzą do wydłużenia kolejek*, portal RynekZdrowia.pl, http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Pracodawcy-RP-zasady-podwyzek-dla-lekarzy-doprowadza-do-wydluzenia-kolejek,186956,1.html (dostęp: 26.08.2018).

40 *OZZL pisze do ministra zdrowia ws. podwyżek dla lekarzy*, portal RynekZdrowia.pl, http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/OZZL-pisze-do-ministra-zdrowia-ws-podwyzek-dla-lekarzy,187308,1.html (dostęp: 6.06.2018).

41 B. Leśniewski, *Łukasz Szumowski zapowiada inwestycje w kadry medyczne*, portal Termedia, https://www.termedia.pl/mz/Lukasz-Szumowski-zapowiada-inwestycje-w-kadry-medyczne,31300.html (dostęp: 7.09.2018).

Karol Wiśniewski,
Julita Poleszak,
Jakub Siembida,
Krystian Cholewa,
Adam Gędek,
Joanna Milanowska

Stres w pracy lekarza – czy można mu zapobiec?

Wprowadzenie

Zawód lekarza jest związany ze szczególnym rodzajem obciążenia psychicznego. Przez dużą odpowiedzialność, rosnące oczekiwania pacjentów, całodobowe dyżury i niskie zadowolenie z wynagrodzeń lekarze coraz częściej cierpią z powodu konsekwencji wysokiego poziomu stresu. Większy stres zwiększa ryzyko wypalenia zawodowego, co z kolei prowadzi do zmniejszenia efektywności pracy, częstszych błędów, niższej samooceny czy wcześniejszych odejść na emeryturę. Problem widoczny jest też z perspektywy pacjenta – aż 57% badanych stwierdziło, że wysoki poziom

zmęczenia i brak snu u lekarzy niekorzystnie wpływa na jakość opieki zdrowotnej[1].

Mając na uwadze dobro społeczne, należy podejmować działania zmniejszające skutki stresu wśród lekarzy. Niekonstruktywne metody radzenia sobie ze stresem, często stosowane przez medyków, mogą w znacznym stopniu przyczynić się do wzrostu jego negatywnych konsekwencji. Problem uzależnienia od alkoholu u lekarzy, choć często bywa przemilczany, stanowi poważne zagrożenie nie tylko dla nich samych, ale też ich pacjentów. Według jednego z polskich badań aż 63% lekarzy używa alkoholu do radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. W tym samym badaniu aż 24% lekarzy przyznało, że napotyka na takie sytuacje często, a 29% bardzo często. Wykazano też zależność między rosnącym stażem zawodowym a częstszym radzeniem sobie z trudnymi sytuacjami poprzez picie alkoholu bądź zażywanie leków[2].

Wysoki relatywny wskaźnik samobójstw w tej grupie zawodowej, wynoszący nawet 3,4 dla mężczyzn i 5,7 dla kobiet[3], może także być wynikiem wysokiego poziomu stresu oraz braku skutecznych sposobów radzenia sobie z nim.

Definicja stresu

Psychologiczna definicja określa stres jako reakcję adaptacyjną jednostki do wymagań sytuacji. Jednak współczesna psychologia wyróżnia trzy zasadnicze modele stresu, z których każdy akcentuje inny aspekt tego pojęcia:
1) stres jako bodziec – ten model opisuje różnorodne nieprzyjemne sytuacje wywołujące stres;
2) stres jako reakcja – ta kategoria opisuje reakcje, które pojawiają się w ciele i umyśle człowieka w odpowiedzi na nieprzyjemne sytuacje;
3) stres jako element teorii systemowej – opisuje relację między jednostką a otoczeniem.

Obecnie uważa się, że te definicje nie wykluczają się wzajemnie, ale stanowią dla siebie swoiste uzupełnienie.

Teoria stresu Selyego

Ogromny wkład w naukę o stresie wniósł kanadyjski badacz węgierskiego pochodzenia Hans Selye (1907–1982). W dziejach nauki zapisał się on jako autor pierwszej czysto biologicznej teorii stresu. Opisał tzw. ogólny zespół adaptacyjny (ang. *general adaptation syndrome* – GAS). Jego teoria została skonstruowana na podstawie obserwacji zwierząt laboratoryjnych poddawanych testom, które w założeniu miały zbadać wpływ pewnych hormonów steroidowych na funkcje jajników. Wszystkie zwierzęta, niezależnie od przeprowadzanych na nich interwencji, wykazywały zmiany w nadnerczach, charakteryzujące się

powiększeniem i przekrwieniem, zmniejszenie objętości grasicy i śledziony oraz występowanie zmian wrzodowych w żołądku i dwunastnicy. Selye przyznał, że jego koncepcja biologicznego modelu stresu powstała pierwotnie w wyniku obserwacji pacjentów, którzy poza charakterystycznym objawem dolegliwości wykazywali pewne wspólne cechy behawioralne, które Selye określił jako letarg i depresję.

W biologicznej teorii Selyego wyróżnia się trzy zasadnicze etapy reakcji na stres:
1) stadium reakcji alarmowej,
2) stadium odporności,
3) stadium wyczerpania.

O ile w pierwszym stadium dochodzi do zwiększenia możliwości przystosowawczych organizmu, tak w kolejnych etapach najpierw pojawia się tolerancja na bodziec, a następnie, gdy czynniki sprawcze są zbyt intensywne lub działają przez zbyt długi czas, dochodzi do dekompensacji oraz zaburzeń natury fizjologicznej[4].

Czy stres musi być obecny w życiu człowieka?

Teoria Selyego spotkała się z głosami krytyki, odnoszącymi się do zbytniej niejednoznaczności pojęcia stresu. Reakcję związaną z aktywacją osi przysadka – nadnercza zauważa się też przy zwiększonym wysiłku fizycznym czy ekspozycji na inne, trudne dla organizmu warunki. W wyniku tego Selye dokonał ogólnego podziału na dwie przeciwne

kategorie stresu: eustres i dystres. O tzw. dobrym stresie mówimy, gdy dochodzi do zwiększenia motywacji i siły do działania w sytuacji oporu, natomiast gdy stres przyczynia się do cierpienia i dezorganizacji, nazywa się go dystresem. Wobec tego należy uznać, że człowiek prawdopodobnie nie mógłby żyć i rozwijać się bez odczuwania stresu[5].

Transakcyjna teoria stresu Lazarusa

W koncepcji Richarda Lazarusa, po raz pierwszy opublikowanej w 1966 r., stres nie jest definiowany ani jako bodziec, ani też jako reakcja, ale jako związek pomiędzy jednostką a jej otoczeniem. Sytuacja stresu występuje, gdy pojawia się zaburzenie równowagi między poziomem zagrożenia dla dobrostanu i możliwościami radzenia sobie z nim. Wedle tej teorii ocena sytuacji jako źródła stresu umożliwia podjęcie działań prowadzących do zmniejszenia skutków bądź całkowitej eliminacji przyczyny. Ocena możliwości radzenia sobie z sytuacją trudną nazywana jest oceną wtórną[6].

Radzenie sobie ze stresem

Najlepszym sposobem radzenia sobie ze stresem jest stosowanie technik relaksacyjnych takich jak:

- głębokie oddychanie,

- ćwiczenia fizyczne,
- medytacja,
- joga,
- trening autogenny Schulza,
- relaksacja progresywna Jacobsona.

Technika głębokiego oddychania

Istotą tej techniki jest głębokie oddychanie przeponą, które pozwala wdychać więcej tlenu niż podczas płytkiego oddechu z górnej części klatki piersiowej. Głębokie oddychanie może być łączone z takimi elementami jak aromatoterapia i muzykoterapia. Techniki tej łatwo się nauczyć, może być ona stosowana w dowolnym miejscu[7].

Ćwiczenia

Aby zmniejszyć stres, można wykonywać ćwiczenia rytmiczne, takie jak marsz, bieganie, spacery, pływanie, taniec czy jazda na rowerze, oraz ćwiczenia aerobowe, czyli związane z długotrwałym zapotrzebowaniem na tlen (ćwiczenia wytrzymałościowe). Pozwalają one skupić uwagę na wykonywanych ćwiczeniach, skoncentrować się na pracy ciała, mięśni, elementach technicznych potrzebnych do wykonywania danego ćwiczenia. Ważną częścią tej techniki, podobnie jak w przypadku innych metod relaksacji, jest kontrola oddechu, która polega nie tylko na skupieniu

uwagi, ale także na odpowiednim dostarczeniu tlenu niezbędnego do prawidłowego funkcjonowania[8].

Medytacja

Celem medytacji nie jest sama relaksacja – to jedynie dodatkowy efekt pojawiający się w czasie używania tej metody. Sensem medytacji jest doświadczenie samego siebie, odnalezienie tej części umysłu, w której widzimy siebie jako „ja obserwujące”.

Medytacyjny stan skupienia można osiągnąć na wiele sposobów – poprzez koncentrację na oddechu, skupienie uwagi na swoim ciele, spokojne spacerowanie i koncentrowanie się na każdym kroku oraz odsunięcie myśli o otaczającym świecie. Ważne są również spokojne otoczenie i wygodna pozycja ciała: stopy powinny być ułożone płasko na ziemi, plecy wyprostowane, kręgosłup podparty, dłonie położone na kolanach, głowa oparta[9].

Joga i tai-chi

Joga obejmuje szereg aktywnych i pasywnych póz ciała połączonych z głębokim oddychaniem. Połączenie to angażuje odpowiednie partie ciała, zwiększając ich napięcie, z jednoczesnym rozluźnieniem innych grup mięśni oraz skupieniem uwagi na oddechu[10].

Tai-chi natomiast to relaksacja za pomocą powolnych, długotrwałych ruchów ciała, w czasie których dochodzi do stałego napięcia mięśni wykonujących dany ruch. Pozwala to na oderwanie uwagi od otaczającego świata i skupieniu jej na precyzji wykonywanych ruchów. Wpływa to na spadek napięcia mięśni nieuczestniczących w ćwiczeniach, co w połączeniu ze zmianami obciążenia ciała pozwala na relaksację wszystkich grup mięśniowych[11].

Trening autogenny Schultza

Trening autogenny opracowany przez Johannesa Schultza to technika relaksacji neuromięśniowej. Łączy ona dwie techniki: wewnętrzną medytację oraz stan podobny do hipnozy, które wywoływane są przez relaksację autosugestywną, obejmując grupy reakcji: umiejętność przyjęcia odpowiedniej postawy (stan bierności, koncentracji na organizmie) i sterowanie organizmem.

Trening autogenny ma zastosowanie w leczeniu wspomagającym przy nerwicach i zaburzeniach psychosomatycznych, dolegliwościach hormonalnych, w zaburzeniach neurologicznych, foniatrycznych, położnictwie, stomatologii i przy drobnych zabiegach chirurgicznych. Jego elementy są wykorzystywane w pracy z dziećmi nadpobudliwymi psychoruchowo w przedszkolach.

Trening autogeny składa się z sześciu etapów, które następują po sobie:

- uczucie ciężaru,
- uczucie ciepła,
- regulacja pracy serca,
- regulacja swobodnego oddychania,
- uczucie ciepła w splocie słonecznym (brzuchu),
- uczucie chłodu na czole.

Początkowo ćwiczenia nie powinny być długie (3–5 minut – tylko uczucie ciężaru, później do 10 minut – uczucie ciężaru i ciepła, finalnie 15–20 – wszystkie elementy)[12].

Relaksacja progresywna Jacobsona

Techniką progresywnej relaksacji mięśni jest trening opracowany przez amerykańskiego psychiatrę Edmunda Jacobsona. Metoda ta opiera się na wyćwiczeniu automatycznego napinania mięśni. Rozpoczyna się od napinania pojedynczych grup mięśniowych w pozycji leżącej, a następnie zwiększania zasięgu napięcia wraz ze zmianami pozycji ciała. Końcowym etapem i zarazem celem tej techniki jest pełna automatyzacja napięcia mięśni w zależności od wykonywanych czynności, tzn. wyłączne napięcie mięśni niezbędnych do wykonywania danej czynności przy rozluźnieniu pozostałych grup mięśniowych. Nauka tej techniki powinna przebiegać w dwóch etapach:

1) relaksacja stopniowa – napinanie pojedynczych grup mięśni, a następnie kolejnych,
2) relaksacja zróżnicowana – napina się pojedynczą grupę mięśni, inne pozostają rozluźnione (gdy nastąpi zautomatyzowanie czynności, napięta pozostaje tylko grupa potrzebna do wykonania jakiejś pracy, a pozostałe są rozluźnione).

Technika Jacobsona jest używana w łagodzeniu stanów lękowych i poprawie jakości snu.

Stosowanie technik relacyjnych pomaga przywrócić prawidłowe funkcjonowanie układu nerwowego poprzez aktywowanie naturalnej reakcji odprężenia i wywołanie stanu głębokiego spokoju, redukuje stres, zwiększa energię i poprawia nastrój. Nauka relaksacji nie jest trudna, ale wymaga poświęcenia co najmniej 10–20 minut dziennie. Powinna być włączona do codziennego funkcjonowania podczas pracy przy biurku czy drogi do i z pracy[13].

Związek stresu z wypaleniem zawodowym

Wypalenie zawodowe jest niekorzystnym zjawiskiem, które może prowadzić nie tylko do zmniejszenia zadowolenia z wykonywanej pracy, ale też do obniżenia wydajności, częstszych błędów czy wcześniejszych odejść na emeryturę. Jego podłożem jest w głównej mierze przewlekły stres, dlatego też badania nad stresem często obejmują temat

wypalenia zawodowego. Dotyczy ono w znacznym stopniu przedstawicieli zawodów, których nieodłącznym elementem jest praca z ludźmi – takich jak nauczyciele, pielęgniarki, prawnicy, policjanci oraz lekarze. Christina Maslach określiła to zjawisko mianem „utraty troski o drugiego człowieka”[14].

Badania wskazują, że wypalenia zawodowe dotyczy coraz młodszych lekarzy. Czynnikami zwiększającymi ryzyko wystąpienia tego zjawiska są płeć żeńska i niska satysfakcja z pracy[15].

Przyczyny stresu i wypalenia zawodowego u lekarzy

Źródła stresu można podzielić na fizyczne, psychiczne i społeczne. Kiedy ekspozycja na czynniki *stricte* fizyczne, takie jak niskie bądź wysokie temperatury, wibracje czy przyspieszenia, jest znikoma, w środowisku pracy lekarza na pierwszy plan wysuwają się czynniki psychiczne i społeczne: wysoka presja wynikająca z poziomu odpowiedzialności zawodowej, zbyt duży wymiar godzin, zła organizacja pracy. Z drugiej strony na wysoki poziom stresu mogą składać się również sytuacje deprywacji – izolacja, utrata kontaktu z rodziną, brak właściwego odpoczynku, zbyt krótki sen[16].

Badania nad skutkami braku snu u lekarzy są niepokojące – w wyniku przedłużenia czuwania na czas dyżuru dochodzi do znacznego pogorszenia zdolności psychomotorycznych. Wykazano, że w grupie młodych lekarzy, którzy pracują w nocy 12 godzin tygodniowo lub dłużej (średnia długość snu nocnego to 184,2 minuty), w testach psychologicznych ujawniono istotnie zwiększoną liczbę pomyłek i obniżony wynik skali koncentracji w teście percepcji Toulouse-Pieron. Ponadto wykazano istotne wydłużenie czasu reakcji[17].

Warte wspomnienia są wyniki badania dotyczącego rozpowszechnienia depresji wśród lekarzy stażystów i jej związku z problemami w życiu rodzinnym. W grupie 3121 osób wykazano istotny statystycznie wzrost symptomów depresyjnych w kwestionariuszu Patient Health Questionnaire-9 (PHQ9) w grupie kobiet, jednak przy analizie grupy, w której obserwowano konflikt pomiędzy obowiązkami rodzinnymi a pracą (badany za pomocą skali Work Family Conflict Scale), poziom depresji był jeszcze wyższy, a różnice między płciami zostały zatarte[18].

Badanie przeprowadzone na grupie 296 lekarzy pracujących w niemieckich szpitalach wykazało, że grupą najbardziej zagrożoną stresem z powodu konfliktu pomiędzy obowiązkami w miejscu pracy a życiem rodzinnym są młodsi lekarze. Czynnikiem ochronnym było duże poczucie wspólnoty w pracy[19].

Duże znaczenie dla poziomu stresu ma sposób organizacji pracy. W badaniu przeprowadzonym na grupie 379 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej sprawdzono wpływ zakresu obowiązków związanych z prowadzeniem elektronicznej dokumentacji medycznej na ogólny poziom stresu. Osoby badane zostały podzielone ze względu na liczbę obowiązków na trzy grupy. Lekarze, którzy znajdowali się w grupie o umiarkowanym obciążeniu obowiązkami prowadzenia dokumentacji medycznej, odczuwali istotnie wyższy poziom stresu niż ci, którzy znaleźli się w grupie o małym obciążeniu. Badani, którzy odczuwali największą presję czasową związaną ze zbyt krótkim czasem na wizytę lub badanie fizykalne, uzyskiwali wysokie wyniki w skalach stresu, wypalenia zawodowego oraz sygnalizowali zamiar odejścia z pracy, mieli natomiast niskie wyniki w skali satysfakcji z pracy[20].

Cechy osobowości predysponujące do większego obciążenia stresem

Powszechnie wiadomo, że poszczególne cechy charakteru mają znaczący wpływ na sposób odbioru zdarzenia, które można uznać za stresujące, oraz na sposoby radzenia sobie w podobnych sytuacjach.

Jedną z takich cech jest optymizm – wykazano, że ma on pozytywny wpływ nie tylko na dobrostan psychiczny, lecz

także i fizyczny – pozytywne myślenie może poprawiać pracę układu odpornościowego[21].

Jako cechę mającą wpływ na radzenie sobie ze stresem często opisuje się odporność (ang. *resilience*). Jest ona definiowana jako zdolność do przystosowywania się i odczuwania dobrostanu mimo istnienia istotnych zagrożeń dla harmonijnego rozwoju[22]. W badaniach przeprowadzanych na grupach lekarzy i studentów medycyny odporność wiąże się z takimi cechami osobowości jak zdolność do samodzielnego kierowania swoim życiem, umiejętność współpracy i trwałość w dążeniu do celów[23]. Dodatkowo wykazano pozytywną korelację odporności psychicznej z wyrozumiałością względem samego siebie i uważnością, a także negatywną korelację ze wskaźnikami wypalenia zawodowego[24]. Wielu badaczy wskazuje na korelację między występowaniem cech neurotycznych i introwertycznych u osób gorzej radzących sobie ze stresem – w badaniach wykazano ponadto, że osoby o takich cechach częściej przyjmują styl radzenia sobie skoncentrowany na emocjach[25].

Badanie poziomu stresu w środowisku lekarskim – narzędzia

Najczęściej wykorzystywanym w badaniach naukowych narzędziem służącym do mierzenia poziomu odczuwanego

stresu jest *Perceived Stress Scale* (PSS) autorstwa Sheldona Cohena, Toma Kamarcka i Robina Mermelsteina. Istnieje pełna wersja 14-itemowa tej skali, wersja 10-itemowa i wersja skrócona, składająca się jedynie z 4 itemów[26].

Do bardziej obiektywnej oceny poziomu stresu, definiowanego w sposób biologiczny, mogą służyć pomiary niektórych parametrów życiowych, takich jak ciśnienie tętnicze i częstość akcji serca. Ważnym wykładnikiem odczuwanego w danym momencie stresu może być pomiar impedancji elektrycznej skóry (ang. *galvanic skin response* – GSR). Obniżenie oporu skóry spowodowane jest zwiększonym wydzielaniem potu pod wpływem aktywacji nerwów współczulnych, co zwykle jest reakcją na różne bodźce stresowe[27]. W ten sposób można określić także poziom bólu i lęku u dzieci[28].

Sposoby indywidualnego radzenia sobie ze stresem mogą być ocenione przy użyciu wielowymiarowej skali COPE (autorstwa Charlesa Carvera, Michaela Schreidera i Jagdisha Weintrauba). Składa się ona z 60 pytań, podzielonych na 4 skale, oceniających metody radzenia sobie ze stresem: skoncentrowane na problemie, skoncentrowane na emocjach, opierające się na poszukiwaniu wsparcia społecznego oraz na unikaniu. Jej zastosowanie może pomóc w ocenie częstości występowania niekorzystnych sposobów radzenia sobie,

takich jak np. zaprzeczanie, wstrzymywanie się od działania czy używanie substancji psychoaktywnych[29].

Pośrednim wskaźnikiem stresu u lekarzy może być poziom wypalenia zawodowego, który mierzy się inwentarzem wypalenia zawodowego Christiny Maslach (ang. *Maslach Burnout Inventory* – MBI). Pomaga on ocenić trzy komponenty wchodzące w skład zespołu wypalenia zawodowego: uczucie wyczerpania, utratę wiary we własne osiągnięcia oraz depersonalizację[30].

Poziom stresu wśród lekarzy

Jako że stres wśród lekarzy jest zjawiskiem powszechnie znanym, które ma niekorzystny wpływ na cały system ochrony zdrowia, przeprowadzono wiele badań nad poziomem stresu w tej grupie na różnych etapach rozwoju zawodowego. Pozwoliło to na sformułowanie interesujących wniosków.

W pracach naukowych najczęściej podaje się, że grupą prawdopodobnie najbardziej narażoną na stres są lekarze specjalizujący się w anestezjologii i intensywnej terapii. Prawie połowa anestezjologów objętych badaniem spełniła co najmniej jedno z kryteriów ujętych w skali MBI. Ponadto 90% przebadanych anestezjologów przyznaje, że wypalenie zawodowe jest istotnym problemem w ich środowisku[31]. W jednym z badań przeprowadzonych w Egipcie wskazano,

że aż 73% lekarzy doświadczało nadmiernego stresu, a wszystkie trzy kryteria wypalenia zawodowego zostały spełnione u ponad 50% lekarzy[32].

Aby określić ilościowo fizyczne konsekwencje podwyższonego poziomu stresu wśród lekarzy anestezjologów, badacze z Uniwersytetu w Aleksandrii przeprowadzili badanie mające na celu obiektywną ocenę starzenia się, wyrażoną m.in. poprzez skracanie się telomerów. W grupie badanej, składającej się z 183 lekarzy anestezjologów, stwierdzono znaczące skrócenie końcowych fragmentów restrykcyjnych ($p < 0,001$) w porównaniu z grupą lekarzy pracujących w laboratorium. Ponadto wśród anestezjologów wykryto przyspieszone starzenie się skóry twarzy[33].

Inne badanie przekrojowe przeprowadzono na grupie 435 lekarzy różnych specjalności pracujących w ośrodkach w Niemczech. Aż 17% z nich zgłaszało wysoki poziom odczuwanego stresu. Mimo dużego poziomu stresu wśród chirurgów rzadko występowały u nich objawy depresji, najbardziej odczuwane były one przez lekarzy anestezjologów[34].

W innym badaniu, przeprowadzonym na grupie 1321 niemieckich lekarzy anestezjologów, uzyskano niepokojące wyniki – spośród 47% badanych, u których ujawniono wysoki poziom stresu, najbardziej jego konsekwencjami dotknięte były osoby w przedziale wiekowym 35–59 lat.

Z drugiej strony prawie dwie trzecie badanych wyraziło zadowolenie z warunków, w których pracują[35].

Badanie przeprowadzone przez tych samych badaczy na grupie lekarzy internistów przyniosło równie niepokojące rezultaty i pozwoliło zwrócić uwagę na znaczne braki kadrowe w tej grupie zawodowej[36]. Gdy studenci medycyny zostali poproszeni o ocenę poziomu stresu u lekarzy opiekującymi się nimi podczas praktyk, aż dwie trzecie z nich stwierdziło, że ich opiekunowie odczuwali wysoki poziom stresu. Najbardziej dotyczyło to, według studentów, lekarzy chirurgów[37].

Prace wskazują także na wysoki poziom stresu u psychiatrów. Może to wynikać m.in. z poczucia zagrożenia przemocą oraz z przepełnienia oddziałów psychiatrycznych, co wpływa na odczuwanie większej odpowiedzialności i często nie wiąże się z adekwatnością wynagrodzenia[38].

W 2016 r. opublikowano badanie przeprowadzone na specjalistach ginekologii (n = 7090) w niemieckich szpitalach. Wykazano, że 92,1% respondentów często odczuwa presję czasu podczas pracy, przy czym kobiety częściej niż mężczyźni zgłaszały ten problem. Jedynie połowa osób stwierdziła, że jest zadowolona z pracy[39].

W 2010 r. zostało opublikowane badanie dotyczące oceny poziomu stresu niemieckich lekarzy w miejscu pracy. Wzięło w nim udział 1311 respondentów pracujących na oddziałach chirurgicznych w 489 szpitalach. W celu oceny poziomu stresu wykorzystano kwestionariusz ankiety.

Wyniki pracy pokazują, że 22% lekarzy stwierdza obciążenie pracą, 44% respondentów uznało, że jakość opieki nad pacjentem była często ograniczona przez nadmierną ilość pracy spadającą na lekarzy. Co więcej, około jedna piąta ankietowanych lekarzy myślała o rezygnacji z zawodu co najmniej kilka razy w miesiącu. Badanie wskazuje, że lekarze cierpią na silniejszy stres w pracy niż przedstawiciele innych grup zawodowych. Takie warunki pracy stanowią zagrożenie dla zdrowia tych lekarzy i jakości opieki zdrowotnej, którą zapewniają[40].

Kolejne badanie oceniające poziom stresu u lekarzy przeprowadzono wśród 534 pracowników radioterapii (lekarzy, pielęgniarek i fizyków). W tych trzech grupach zawodowych lekarze i pielęgniarki wykazywali wyższy poziom stresu niż fizycy. Według ankietowanych największym źródłem stresu były niedopłaty oraz stres powodowany współczuciem dla długotrwałego cierpienia pacjentów. Zadowolenie z pracy wyniosło 4,1 w dziewięciopunktowej skali[41].

W badaniu przeprowadzonym na grupie 158 lekarzy pracujących na Śląsku, mającym pomóc w ocenie wpływu stresu na pracę w zawodzie, ujawniono, że badani odczuwają duże zmęczenie. Większość z nich oceniła poziom odczuwanego stresu na 4 lub 5 w pięciostopniowej skali, a prawie połowa (47%) przyznała, że nie radzi sobie

z taką sytuacją. Ponadto aż 97,4% lekarzy stwierdziło, że ich zarobki są zbyt niskie[42].

W badaniu pilotażowym analizowano efekty innowacyjnych szkoleń w zakresie radzenia sobie ze stresem skierowanych do lekarzy ginekologów w niemieckich szpitalach. Grupę badaną (n = 38) stanowili lekarze uczęszczający na szkolenie odbywające się w grupie dwunastoosobowej raz w tygodniu przez okres trzech miesięcy. Natomiast grupę kontrolną (n = 40) tworzyli lekarze, który nie uczęszczali na szkolenie. Przed rozpoczęciem szkoleń, po zakończeniu cyklu spotkań oraz po trzech i sześciu miesiącach od ukończenia za pomocą kwestionariusza oceniano: postrzegany stres zawodowy, wyczerpanie emocjonalne, radzenie sobie z odpornością, umiejętność regulacji emocji i satysfakcję z pracy. Grupa badana odnotowała znaczący spadek postrzeganego stresu zawodowego i wyczerpania emocjonalnego od wartości wyjściowej do wszystkich kolejnych obserwacji, podczas gdy grupa kontrolna nie wykazała żadnych porównywalnych wyników. Wyraźną pozytywną wartość programu promocji zdrowia psychicznego zauważono również w przypadku zadowolenia z pracy i zwiększonych umiejętności radzenia sobie ze stresem.

W tym badaniu pilotażowym udział w szkoleniu z zakresu umiejętności psychospołecznych dostosowanym do potrzeb klinicznych lekarzy ginekologów wiązał się ze zmniejszeniem postrzeganego stresu zawodowego

i wyczerpania oraz poprawą umiejętności radzenia sobie z problemami i wzrostem satysfakcji. Zmodyfikowane szkolenia z zakresu umiejętności psychospołecznych mogą być efektywnym narzędziem wspierającym ginekologów w ich funkcjonowaniu i dobrostanie, co może mieć pozytywny wpływ na opiekę nad pacjentem[43].

Podsumowanie

Stres jest nieodłącznym elementem życia człowieka, a jego wpływ może być bardzo korzystny, ponieważ ułatwia osiąganie ważnych celów. Dzieje się tak jednak tylko wtedy, gdy powodująca go różnica między własnymi możliwościami a wymaganiami sytuacji nie jest zbyt duża. W innym wypadku prowadzi on do wyczerpania rezerw jednostki. To, czy stres może być korzystny, czy nie, zależy w znacznej mierze od własnej oceny oraz sposobu radzenia sobie z trudną sytuacją. Praca lekarza może być źródłem chronicznego stresu, o czym świadczą liczne badania. Przyjęcie niekonstruktywnych metod walki ze stresem niesie duże ryzyko, szczególnie gdy do łagodzenia jego skutków stosuje się alkohol bądź inne substancje psychoaktywne. Z drugiej strony wyniki badań pokazują, że szeroko pojęte techniki relaksacyjne mogą przynosić zadowalające rezultaty nie tylko wśród pacjentów, ale także cierpiących z powodu stresu lekarzy, a jedyną istotną wadą

jest duża ilość czasu wymaganego do ich nauki i wprowadzenia do codziennej praktyki. Wykazano również korzystny wpływ takich technik na poziom wypalenia zawodowego.

Obecnie uważa się, że istnieją określone cechy osobowości, które mogą prowadzić do częstszego i bardziej intensywnego odczuwania stresu. Identyfikacja osób, które są zagrożone jego konsekwencjami, może zmniejszyć konsekwencje, jakie ma dla systemu opieki zdrowotnej wypalenie lekarzy. Ważna jest też eliminacja zbędnych źródeł stresu w środowisku pracy, wynikających głównie ze złej organizacji – niepotrzebnej biurokracji czy obciążania lekarzy obowiązkami nieleżącymi w zakresie ich kompetencji.

Stress in the doctor’s work

Summary

Stress is most often defined as a reaction to a situation when the requirements imposed by the environment exceed the capabilities of the individual. In a doctor’s work, stress can arise from many factors, including high liability, unsatisfactory earnings, the necessity to stay on call or claims from patients. Chronic stress also leads to the occurrence of burnout which emerges among increasingly younger doctors. Additionally, stress can cause an earlier appearance or aggreviation of typical diseases such as ischemic heart disease, hypertension or peptic ulcer disease. Medical study programmes usually do not teach future doctors how to deal with difficult situations arising on the call, so they often choose harmful ways of coping with stress such as substance

abuse. The paper aims to present the current state of knowledge regarding the presence of stress and burnout among physicians, as well as the analysis of risk factors and possible ways of dealing with them. The research method is the analysis of the literature on the subject. Research indicates that doctors experience a high level of stress. A large number of duties and unsatisfactory earnings contribute to the earlier occurrence of burnout. Therefore, it is important to take action to counteract the phenomenon, among others by acquiring mental resistance and learning the constructive stress-coping methods, for example relaxation techniques.

Keywords: stress, burnout, resilience, relaxation techniques

KAROL WIŚNIEWSKI, JULITA POLESZAK, JAKUB SIEMBIDA, KRYSTIAN CHOLEWA I ADAM GĘDEK –
Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
DR N. O ZDR. JOANNA MILANOWSKA –
Zakład Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

1 J.E. Wallace, J.B. Lemaire, W.A. Ghali, *Physician wellness: a missing quality indicator*, „Lancet” 2009, vol. 374 (9702), s. 1714–1721.

2 B. Szczyrba-Maroń, A. Wons, *Używanie substancji psychoaktywnych wśród lekarzy jako niekonstruktywny sposób radzenia sobie z trudnymi sytuacjami*, „Alkoholizm i Narkomania” 2008, t. 21, nr 1, s. 9–20.

3 S. Lindeman, E. Läärä, J. Hirvonen i in., *Suicide mortality among medical doctors in Finland: are females more prone to suicide than their male colleagues?*, „Psychological Medicine” 1997, vol. 27 (5), s. 1219–1222.

4 J.F. Terelak, *Człowiek i stres*, Warszawa 2008, s. 25–28.

5 Tamże, s. 29–31.

6 Tamże, s. 63–65.

7 Q.M. Biggs, K.S. Kelly, J.D. Toney, *The effects of deep diaphragmatic breathing and focused attention on dental anxiety in a private practice setting*, „Journal of Dental Hygiene" 2003, vol. 77 (2), s. 105–113.

8 A. Tsatsoulis, S. Fountoulakis, *The protective role of exercise on stress system dysregulation and comorbidities*, „Annals of the New York Academy of Sciences" 2006, vol. 1083, s. 196–213.

9 S.G. Hofmann, A.T. Sawyer, A.A. Witt i in., *The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology" 2010, vol. 78 (2), s. 169–183.

10 S.L. Lin, C.Y. Huang, S.P. Shiu i in., *Effects of yoga on stress, stress adaptation, and heart rate variability among mental health professionals – a randomized controlled trial*, „Worldviews on Evidence-Based Nursing" 2015, vol. 12 (4) s. 236–245.

11 F. Wang, E.K. Lee, T. Wu i in., *The effects of tai chi on depression, anxiety, and psychological well-being: a systematic review and meta-analysis*, „International Journal of Behavioral Medicine" 2014, vol. 21 (4), s. 605–617.

12 H. Pikoff, *A critical review of autogenic training in America*, „Clinical Psychology Review" 1984, vol. 4 (6), s. 619–639.

13 A. Sławińska, *Zastosowanie progresywnej relaksacji mięśni Jacobsona w praktyce klinicznej*, „Psychiatria i Psychoterapia" 2016, t. 12, nr 4, s. 3–15.

14 J.F. Terelak, *Człowiek i stres*, dz. cyt., s. 262–265.

15 E. Amoafo, N. Hanbali, A. Patel i in., *What are the significant factors associated with burnout in doctors?*, „Occupational Medicine" 2015, vol. 65 (2), s. 117–121.

16 J.F. Terelak, *Człowiek i stres*, dz. cyt., s. 99.

17 I. Sanches, F. Teixeira, J.M. dos Santos i in., *Effects of acute sleep deprivation resulting from night shift work on young doctors*, „Acta Médica Portuguesa" 2015, vol. 28 (4), s. 457–462.

18 C. Guille, E. Frank, Z. Zhao i in., *Work-family conflict and the sex difference in depression among training physicians*, „JAMA Internal Medicine" 2017, vol. 177 (12), s. 1766–1772.

19 I. Fuss, M. Nübling, H.M. Hasselhorn i in., *Working conditions and work-family conflict in German hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences*, „BMC Public Health" 2008, vol. 8 (353), s. 35–360.

20 S. Babbott, L.B. Manwell, R. Brown i in., *Electronic medical records and physician stress in primary care: results from the MEMO Study*, „Journal of the American Medical Informatics Association" 2014, vol. 21, s. 100–106.

21 P.G. Zimbardo, R.L. Johnson, V. McCann, *Psychologia – kluczowe koncepcje*, t. 5, tłum. A. Wojciechowski, A. Gruszka, D. Karwowska, Warszawa 2010, s. 160; N.K. Grote, S.E. Bledsoe, *Predicting postpartum depressive symptoms in new mothers: the role of optimism and stress frequency during pregnancy*, „Health & Social Work" 2007, vol. 32 (2), s. 107–118.

22 P.G. Zimbardo, R.L. Johnson, V. McCann, *Psychologia – kluczowe koncepcje*, dz. cyt., s. 177–178.

23 D.S. Eley, C.R. Cloninger, L. Walters i in., *The relationship between resilience and personality traits in doctors: implications for enhancing well being*, „PeerJ" 2013, vol. 19 (1), s. 216.

24 K. Olson, K.J. Kemper, J.D. Mahan, *What factors promote resilience and protect against burnout in first-year pediatric and medicine-pediatric residents?*, „Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine" 2015, vol. 20 (3), s. 192–198.

25 J.F. Terelak, *Człowiek i stres*, dz. cyt., s. 79.

26 S. Cohen, T. Kamarck, R. Mermelstein, *A global measure of perceived stress*, „Journal of Health and Social Behavior" 1983, vol. 24 (4), s. 385–396.

27 M.V. Villarejo, B.G. Zapirain, A.M. Zorrilla, *A stress sensor based on Galvanic Skin Response (GSR) controlled by ZigBee*, „Sensors" (Basel) 2012, vol. 12 (5), s. 6075–6101.

28 E. Najafpour, N. Asl-Aminabadi, S. Nuroloyuni i in., *Can galvanic skin conductance be used as an objective indicator of children's anxiety in the dental setting?*, „Journal of Clinical and Experimental Dentistry" 2017, vol. 9 (3), s. 377–383.

29 J. Litman, *The COPE inventory: dimensionality and relationships with approach- and avoidance-motives and positive and negative traits*, „Personality and Individual Differences" 2006, vol. 41 (2), s. 273–284.

30 C. Maslach, S.E. Jackson, *The measurement of experienced burnout*, „Journal of Occupational Behavior" 1989, vol. 2, s. 99–113.

31 P. Rama-Maceiras, J. Jokinen, P. Kranke, *Stress and burnout in anaesthesia: a real world problem?*, „Current Opinion in Anesthesiology" 2015, vol. 28 (2), s. 151–158.

32 T. Shams, R. El-Masry, *Job stress and burnout among academic career anesthesiologists at an Egyptian University Hospital*, „Sultan Qaboos University Medical Journal" 2013, vol. 13 (2), s. 287–295.

33 O.M. Zanaty, S. El Metainy, R. Abdelmaksoud i in., *Occupational stress of anesthesia: effects on aging*, „Journal of Clinical Anesthesia" 2017, vol. 39, s. 159–164.

34 M. Bernburg, K. Vitzthum, D.A. Groneberg i in., *Physicians' occupational stress, depressive symptoms and work ability in relation to their working environment: a cross-sectional study of differences among medical residents with various specialties working in German hospitals*, „BMJ Open" 2016, vol. 6 (6), s. 369–374.

35 J. Bauer, D.A. Groneberg, *Stress and job satisfaction in the discipline of inpatient anesthesiology: results of a web-based survey*, „Anaesthesist" 2014, vol. 63 (1), s. 32–40.

36 J. Bauer, D.A. Groneberg, *Distress and job satisfaction among hospital physicians in internal medicine*, „Internist" 2014, vol. 55 (10), s. 1242–1250.

37 J. Bauer, D.A. Groneberg, *Physicians' working conditions in hospitals from the students' perspective (iCEPT-Study)-results of a web-based survey*, „Journal of Occupational Medicine and Toxicology" 2016, vol. 11, s. 5.

38 S. Kumar, *Burnout in psychiatrists*, „World Psychiatry" 2007, vol. 6 (3), s. 186–189.

39 J. Bauer, D.A. Groneberg, D. Brueggmann, *Gender-based workplace assessment in gynecology and obstetrics in Germany: results from the iCEPT Study*, „Archives of Gynecology and Obstetrics" 2016, vol. 294 (2), s. 317–326.

40 O. von dem Knesebeck, J. Klein, K. Grosse Frie i in., *Psychosocial stress among hospital doctors in surgical fields: results of a nationwide survey in Germany*, „Deutsches Ärzteblatt International" 2010, vol. 107 (14), s. 248–253.

41 S. Sehlen, D. Vordermark, C. Schäfer i in. (DEGRO Quality of Life Work Group), *Job stress and job satisfaction of physicians, radiographers, nurses and physicists working in radiotherapy: a multicenter analysis by the DEGRO Quality of Life Work Group*, „Radiation Oncology" 2009, vol. 6 (4), s. 6.

42 J. Jośko, J. Kasperczyk, P. Gościniewicz i in., *Stres – jedynie tego nie brakuje lekarzom*, „Problemy Higieny i Epidemiologii" 2006, t. 87 (3), s. 198–200.

43 S. Mache, L. Baresi, M. Bernburg i in., *Being prepared to work in Gynecology Medicine: evaluation of an intervention to promote junior*

gynecologists professionalism, mental health and job satisfaction, „Archives of Gynecology and Obstetrics” 2017, vol. 295 (1), s. 153–162.

Mariola Kicia,
Grażyna Iwanowicz-Palus,
Justyna Krysa,
Marta Zarajczyk,
Magdalena Korżyńska-Piętas,
Beata Szlendak,
Grażyna Stadnicka

Prewencja stresu i wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek i położnyc h wyzwaniem dla współczesnego systemu ochrony zdrowia

Wstęp

Stres zawodowy powoduje zróżnicowane zmiany w organizmie człowieka, zarówno w procesach fizjologicznych, jak i psychologicznych. Nie wszystkie

objawy nadmiernego obciążenia stresem pojawiają się jednocześnie. Obserwowane zmiany mogą być związane zarówno z ostrym, jak i przewlekłym stresem. Uważa się, że stres zawodowy może negatywnie wpłynąć nie tylko na wykonywaną pracę, lecz również na funkcjonowanie we wszystkich obszarach działalności człowieka oraz ogólną satysfakcję życiową[1].

Charakter wykonywanych przez pielęgniarki i położne zajęć powoduje, że zmagają się one z dodatkowymi i specyficznymi dla swojej profesji obciążeniami związanymi z niższą pozycją społeczną, bliższym i bardziej intymnym kontaktem z podopiecznymi, a także pracą zmianową[2]. Zarówno psychiczne, jak i fizyczne warunki pracy pielęgniarek i położnych są niekorzystne dla ich dobrego samopoczucia, a nawet zdrowia.

Stan napięcia emocjonalnego, który towarzyszy pracy, może mieć zgubny wpływ na relacje ze współpracownikami, pacjentami, rodziną i przyjaciółmi[3].

Problematyka wypalenia zawodowego (ang. *burnout syndrom*) pojawiła się w obszarze zainteresowań psychologii już w latach 70. XX w. Christina Maslach zredefiniowała wypalenie jako zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych, który może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób[4]. Uważa się, że zespół wypalenia zawodowego jest reakcją na długotrwały stres[5].

Według Maslach wypalanie się to proces destrukcyjny, który wpływa na niskie morale pracowników, absencję chorobową, a także spadek jakości usług świadczonych przez pielęgniarki i położne. Dlatego właśnie tak ogromne znaczenie dla dobrego funkcjonowania współczesnego systemu ochrony zdrowia ma możliwie najwcześniejsze zastosowanie działań z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w grupie położnych i pielęgniarek narażonych na długotrwały stres w miejscu pracy[6].

Fundamentalnym założeniem prewencji stresu zawodowego i syndromu wypalenia jest zmniejszenie ilości zachowań zagrażających zdrowiu dzięki wdrażaniu dobrze dobranych mechanizmów radzenia sobie ze stresem i problemami życiowymi[7].

Stres zawodowy

Stres odgrywa istotną rolę w życiu człowieka. Rozwiązanie problemu zawodowego kształtuje pozytywną samoocenę, uwalnia od poczucia dyskomfortu i napięcia, a nawet strachu. Natomiast powtarzające się niepowodzenia w walce ze stresem sprzyjają przeświadczeniu o bezradności wobec problemów zawodowych i mogą doprowadzić do przekonania o poniesionej klęsce w realizacji zamierzeń i ideałów dotyczących wykonywanej pracy[8].

Rozwijający się stres powoduje zróżnicowane, specyficzne i niespecyficzne zmiany w organizmie człowieka, zarówno w procesach fizjologicznych, jak i psychologicznych. Zmiany te dotyczą również zachowania, zdolności do pracy oraz ogólnego stanu zdrowia. Nie wszystkie pojawiają się jednocześnie, mogą być związane zarówno z ostrym, jak i przewlekłym stresem. Sposoby radzenia sobie ze stresem i ich efektywność zależą od wielu czynników, które wynikają z tego, jaki jest człowiek zarówno w sensie biologicznym, jak i psychologicznym, a więc jakie ma cechy i jak funkcjonuje jego organizm, a zwłaszcza układ nerwowy. Znaczenie mają również: osobowość, inteligencja, doświadczenie z sytuacjami stresowymi oraz rodzaj sytuacji stresowej[9].

W badaniach nad tym, jak ludzie przystosowują się do stresujących wydarzeń życiowych, zasoby służące do radzenia sobie ze stresem są w pewien sposób odróżniane od sposobów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi[10]. Do zasobów tych zalicza się: osobowość, postawy oraz uwarunkowania zapewniające kontekst psychologiczny dla reakcji na stres[11].

Umiejętność wdrożenia różnych sposobów radzenia sobie ze stresem w pracy wymaga zastosowania zintegrowanych działań edukacyjnych w grupie położnych[12]. Obciążenia psychiczne i fizyczne położnej związane są z:

1) istotą pracy zawodowej, tzn. z zespołem swoistych czynności i zachowań zorganizowanych w określony sposób oraz wykonywanych w konkretnych warunkach;
2) rolą zawodową, na którą składają się zadania, oczekiwania, wymagania, normy, standardy, kompetencje i samodzielność zawodowa, w tym także zakres odpowiedzialności i uprawnień;
3) możliwością osobistego rozwoju i kariery zawodowej w zakładzie pracy bądź ich brakiem;
4) stosunkami interpersonalnymi, komunikowaniem się z licznymi zespołami ludzi: z pacjentką, jej rodziną i bliskimi jej osobami, koleżankami, lekarzami oraz innymi profesjonalistami, przełożonymi, pomocniczymi pracownikami, studentami, wolontariuszami itp.;
5) klimatem i kulturą organizacyjną zakładu pracy[13].

Obciążenie psychiczne w pracy położnej i pielęgniarki związane jest m.in. z koniecznością stałej koncentracji uwagi, systematycznej obserwacji, szybkiej oceny i reakcji na nagłe zmiany w stanie zdrowia pacjentów i z natychmiastowymi decyzjami. Odbiór, gromadzenie i przekazywanie informacji, a także ich brak lub niedobór w sytuacjach szpitalnych stanowi bez wątpienia duże obciążenie[14].

Wśród stresorów związanych z codziennymi obowiązkami położnej należy zwrócić szczególną uwagę na: nadmierne obciążenie zadaniami, presję czasu, bezpośredni kontakt z pacjentkami, konfrontację z ich problemami

socjalnymi i rodzinnymi oraz niekorzystne warunki środowiskowe[15].

Wypalenie zawodowe

Wypalanie się w zawodzie położnej i pielęgniarki, podobnie jak w innych zawodach o charakterze opiekuńczym, rozpoczyna się skrycie i długo nie jest rozpoznawane. Na początku pojawiają się zmęczenie, napięcie, drażliwość, hiperaktywność – na zmianę z oznakami wyczerpania psychofizycznego. Kiedy tym nasilonym procesom zaczyna towarzyszyć coraz większe poczucie krzywdy, niekompetencji i niezadowolenia oraz utraty sensu wykonywanej pracy, mamy do czynienia z pełnym zespołem wypalenia zawodowego[16].

Czynnikami usposabiającymi lub uodporniającymi wobec wypalenia zawodowego są cechy podmiotu i kontekstu pracy. Sprawia to, że w naszych warunkach społeczno-ekonomicznych wypalanie się pracowników ochrony zdrowia, a w szczególności położnych i pielęgniarek, jest problemem szczególnej wagi. Kiedy mechanizmy psychologiczne uruchomione w celu przezwyciężenia stresu okazują się nieskuteczne, przedłużający się stres powoduje reakcje patologiczne, które z kolei prowadzą do zaburzeń funkcjonalnych i organicznych. Uważa się, że obserwowalne wzory reakcji

stresowej są odbiciem już przyjętych sposobów radzenia sobie z wywołaną stresem zawodowym reakcją[17].

Jak radzić sobie ze stresem w pracy?

Funkcje zawodowe pielęgniarki i położnej są zbieżne w wielu obszarach. Najczęściej realizowane przez pielęgniarki i położne wspólne funkcje to: promocja zdrowia, zapobieganie chorobom, opieka nad osobami zdrowymi i chorymi we wszystkich podmiotach opieki zdrowotnej, organizowanie wsparcia oraz współuczestniczenie w procesie diagnozowania, leczenia i rehabilitacji. Rola i pozycja pielęgniarki oraz położnej w systemie opieki zdrowotnej pomimo pewnych różnic wynikających ze specyfiki pracy na konkretnym stanowisku zależy od świadomości zawodowej, profesjonalizmu, oceniania tych profesji przez społeczeństwo, a także od podejścia do administrowania opieką zdrowotną, postawy kierowniczej kadry pielęgniarskiej i położniczej oraz postaw członków zespołu terapeutycznego. Niezależnie od elementów odróżniających od siebie te zawody zauważono, że wypalenie w grupie pielęgniarek i położnych może mieć podobne podłoże, co sprawia, że istnieje możliwość zastosowania wspólnych rozwiązań tego problemu.

Jak wynika z badań, współcześnie najbardziej znane są cztery strategie przezwyciężania stresu w pracy:

bezpośrednie działanie, poszukiwanie informacji, zaniechanie działania i procesy intrapsychiczne.

Poszukiwanie informacji polega na dogłębnym poznaniu wszystkich cech charakterystycznych dla sytuacji stresowej, a potem wybraniu strategii obrony. Bezpośrednie działanie to wszystkie rodzaje aktywności, z wyjątkiem działań kognitywnych, za pomocą których próbujemy opanować stres, np. agresja, przeklinanie, używki. Zaniechanie działania i bezczynność realizowane są przez stłumienie impulsu do działania, które przekracza moralne, społeczne i fizyczne granice[18]. Intrapsychiczne przezwyciężenie stresu zaś to wszystkie procesy kognitywne, które kontrolują emocje, czyli to, co można sobie wmówić, aby przezwyciężyć stres. Są to mechanizmy takie jak oszukiwanie siebie, wyparcie i projekcja oraz unikanie i dystansowanie się od zagrożenia[19].

Na poziomie indywidualnym położna lub pielęgniarka zapobiega negatywnym psychologicznym skutkom stresu przez odwołanie się do jednostkowych (osobistych) reakcji na czynniki stresujące. Są to strategie służące samopoznaniu pracownika, co stanowi pierwszy etap prowadzący do zmierzenia się z problemem, lub strategie służące redukowaniu negatywnych skutków stresu, czyli samoocena, samoobserwacja, uczenie się kontroli stresu, promowanie zdrowego stylu życia oraz relaksacja[20].

Poprzez odreagowanie i porównanie swoich problemów, trudności i zachowań z problemami innych można bardziej

realistycznie określić uwarunkowania i istotę przeżywanych zewnętrznych i wewnętrznych konfliktów, łatwiej przychodzi też zmiana własnych postaw oraz pozbycie się bierności i samooskarżania[21].

Do korzystnych warunków pracy należy możliwość pozytywnego wycofywania się z kontaktów emocjonalnie obciążających. Nie są to tylko przerwy w pracy przeznaczone na odpoczynek czy posiłek, ale także możliwość krótkotrwałych zmian charakteru pracy, wprowadzana przez osoby zajmujące się organizacją pracy na określonych stanowiskach[22].

Każda położna i pielęgniarka może podlegać cyklowi wypalania się wiele razy. Jednocześnie poprzez właściwą interwencję i zastosowanie prewencji stresu i wypalenia zawodowego można ten cykl przerwać w każdym jego punkcie lub do niego nie dopuścić.

Prewencja wypalenia zawodowego

Radzenie sobie ze stresem obejmuje strategie wykorzystywane w radzeniu sobie z potencjalnym stresorem. Jest to posiadanie i wykorzystywanie przez jednostki poznawczych i fizycznych umiejętności oraz zasobów pomagających im w zmaganiu się z problemami i napięciami codziennego życia[23].

Z punktu widzenia wpływu stresu na zdrowie można wyróżnić dwie kategorie stylów radzenia sobie:
1) style radzenia sobie w aspekcie kulturowym, które mogą mieć pozytywny lub negatywny wpływ na zdrowie;
2) style życia przyjmowane świadomie w celu promowania zdrowia i radzenia sobie z chorobą.

Zatrudnianie do pracy na określonych stanowiskach, w tym na stanowisku położnej i pielęgniarki, powinno doprowadzić do zwiększenia efektywności pracy i polepszenia jej warunków[24].

Współcześnie wyróżnia się trzy obszary możliwości oddziaływań: higiena psychiczna, radzenie sobie ze stresem i oparcie społeczne[25].

Higiena psychiczna służy ochronie przed tym, co negatywne. Są to m.in. pewne techniki relaksacyjne, oparte na działaniach podsuwanych przez intuicję, np. poszerzanie zainteresowań, hobby, przejawianie aktywności fizycznej, sprawianie sobie przyjemności typu: spotkania z przyjaciółmi, ulubione jedzenie itp.

Oparcie społeczne to forma samopomocy, której udzielają sobie członkowie różnych grup społecznych – rodzina, przyjaciele, sąsiedzi, współpracownicy.

Aby zapobiec wystąpieniu syndromu wypalenia, należy przede wszystkim zachować równowagę w sześciu obszarach życia zawodowego, które dotyczą:
1) właściwego obciążenia pracą (realistyczne oczekiwania podopiecznych, współpracowników, kierownictwa, tzn.

nieprzekraczające możliwości i sił pracownika),
2) poczucia kontroli i możliwości wyboru,
3) doświadczanie uznania i odpowiedniego systemu nagród,
4) poczucia łączności z grupą zawodową, osiąganego także dzięki możliwościom współczesnej techniki,
5) systemu wartości wiążącego z miejscem pracy (uczciwość, poszanowanie, sprawiedliwość),
6) sensu wykonywanej pracy.

Prewencja może odbywać się na trzech poziomach: indywidualnym, indywidualno-instytucjonalnym oraz instytucjonalnym[26].

Na poziomie indywidualnym położna lub pielęgniarka zazwyczaj zapobiega negatywnym psychologicznym skutkom przeciążenia, korzystając z jednostkowych (osobistych) sposobów reagowania na nadmierny stres. Możemy wymienić tu: nadaktywność, nadmiar środków pobudzających, niepokój, przygnębienie i apatię[27].

W interwencjach odbywających się na indywidualno-organizacyjnym poziomie wiodącą rolę odgrywają działania zwiększające odporność pracownika na stres w miejscu pracy. Interwencje dotyczące instytucji koncentrują się na podniesieniu jakości pracy i obniżeniu jej kosztów. Są to działania mające na celu polepszenie środowiska pracy poprzez poprawę wzajemnej komunikacji pielęgniarek i położnych, umiejętne rozwiązywanie konfliktów w pracy, wprowadzenie dni wolnych od pracy, umożliwienie pracownikowi dostosowania się do wymagań instytucji

poprzez podnoszenie kwalifikacji zawodowych, wdrażanie zaprojektowanych dla instytucji programów reorganizacji służących poprawie jakości usług[28].

Strategie pozytywne polegają na wyposażeniu pielęgniarek i położnych w odpowiednie umiejętności przed podjęciem pracy (umiejętności społeczne, efektywnej komunikacji, empatii), na wzmacnianiu umiejętności wykorzystywania pozytywnych doświadczeń, kształtowaniu adekwatnych przekonań o możliwościach kontroli i wpływu na otoczenie[29].

Strategie negatywne mają zmniejszać i eliminować uciążliwości na poziomie społecznym (zmiana wysokości wynagrodzeń, statusu, zminimalizowanie braków materialnych), likwidować niedobory w zakresie kompetencji, wpływać na modyfikację niekorzystnych cech osobowości i postaw sprzyjających wypaleniu[30].

Działania położnej i pielęgniarki to umiejętność łączenia procesu pielęgnowania z odpowiednim standardem opieki o najwyższej jakości. Czynniki takie jak dobre przygotowanie zawodowe, umiejętność pracy w zespole, kreatywność, a przede wszystkim umiejętność przeciwdziałania wystąpieniu zespołu wypalenia zawodowego, zazwyczaj gwarantują wysoki poziom opieki[31].

Zapobieganie ujawnieniu się ryzyka patologii może polegać również na minimalizowaniu zagrożeń, czyli zmniejszeniu czynników ryzyka. W profilaktyce określa się

to jako strategię negatywną. Zapobiegać można jednak także, zwiększając odporność człowieka, rozwijając jego rozliczne strategie życiowe i umiejętności przeciwdziałania zagrożeniom poprzez korzystne oddziaływania na środowisko i tworzenie sieci wsparcia społecznego. Takie podejście określa się mianem strategii pozytywnej w prewencji.

Można więc przyjąć, że zarówno promocja zdrowia, jak i pierwotna prewencja posługują się tymi samymi strategiami, nastawionymi na wzmocnienie potencjałów zdrowia i odporności. Polega to na akcentowaniu wszystkich mocnych stron jednostki i środowiska[32].

W strategii pozytywnej stosuje się metody i techniki trenowania ważnych z punktu widzenia zadań rozwojowych kompetencji: poznawczo-intelektualnych (optymalizacji wyborów i podejmowania decyzji), społecznych (komunikowania się i tworzenia sieci wsparcia), kompetencji radzenia sobie ze stresem oraz wydarzeniami życiowymi (trening antystresowy, trening radzenia sobie z wydarzeniami krytycznymi)[33].

Jedną z form profilaktyki i terapii syndromu wypalenia jest zmiana stylu życia, która rozpoczyna się od pozytywnego myślenia i nastawienia do samego siebie.

Dowiedziono, że prawidłowe odżywianie oraz uprawianie ćwiczeń fizycznych znacznie poprawia funkcjonowanie układu sercowo--naczyniowego i nasze samopoczucie. Gimnastyka wpływa pozytywnie na liczne

zmienne psychologiczne, podnosi samoocenę, zmniejsza lęk i depresję, poprawia pamięć i koncentrację. Oprócz aktywności ruchowej na zdrowy styl życia składają się inne ważne elementy. Należą do nich: przestrzeganie zasad właściwego odżywiania się, higieniczne relacje pracy i wypoczynku (w tym snu), umiejętność opanowania stresu, zachowania abstynenckie, wyzbycie się konfliktowości i agresji w stosunkach z ludźmi na rzecz postaw ugodowych i tendencji do zgodnego współdziałania, optymizm życiowy, wyrażający się przewagą stanów zadowolenia i sztuką cieszenia się z codziennych zdarzeń. Bardzo ważna jest harmonia z otaczającym środowiskiem przyrodniczym i społecznym. Nie mniej znaczący jest ruch w kontakcie z przyrodą, postrzegany jako odpowiedni czynnik równowagi[34].

Kolejnym istotnym elementem prewencji wypalania się pielęgniarek i położnych jest wsparcie społeczne. Grupa wsparcia daje pracownikowi poczucie, że nie jest sam ze swoimi odczuciami.

Zdrowie i choroba podlegają wpływom wywieranym przez szereg uwarunkowań. Jednym z nich jest środowisko społeczne, przez które rozumie się małżonków oraz innych bliskich członków rodziny i przyjaciół z miejsca pracy. Każdy z tych aspektów środowiska społecznego ma pewien wpływ na zdrowie jednostki, ale jednocześnie zdrowie jednostki wpływa na myśli czy zachowania osób znaczących

z jej środowiska i być może zmienia również środowisko pracy[35].

Obok modyfikacji miejsca i warunków pracy ważnym elementem działalności profilaktycznej syndromu wypalenia jest nabywanie i ćwiczenie umiejętności interpersonalnych i ekspresyjnych. Trening ekspresji twórczej służy poznaniu samego siebie oraz świata, ułatwia komunikację i stosunki międzyludzkie, rozwija wyobraźnię, wrażliwość i empatię[36].

Terapia początkowych stadiów wypalenia zawodowego polega na solidnym wypoczynku. Czasami wystarczy urlop i odpowiedni odpoczynek dla ciała i psychiki, co pozwoli na usunięcie skutków stresu[37].

Zaawansowana postać syndromu wypalenia wymaga długotrwałej współpracy z psychoterapeutą. Przerwa w pracy może bardzo szybko przynieść poprawę stanu zdrowia pracownika, a jednocześnie powrót do wykonywanych czynności w takich samych warunkach może szybko spowodować powrót choroby. Bywają niestety przypadki, że jedynym rozwiązaniem okazuje się zmiana zawodu[38].

Podsumowanie

Prewencja stresu i wypalenia zawodowego może wpłynąć na zamianę zachowań negatywnych na pozytywne poprzez zmianę stylu życia oraz zachęcać do wyborów korzystnych

dla utrzymania zdrowia psychicznego i fizycznego w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych. Zapobieganie wystąpieniu objawów nadmiernego obciążenia stresem w tym środowisku jest skuteczniejsze i tańsze dla systemu ochrony zdrowia.

The prevention of stress and burnout among nurses and midwives – a challenge for the modern healthcare system

Summary

Professional stress could negatively affect the efficiency of human functioning in various areas of life and lead to serious health disorders. The assessment of the experienced stress, the attempts to deal with it and the assessment of the effectiveness of the actions taken to counteract stress are all interrelated. Overcoming a professional problem is a source of satisfaction; moreover, it shapes positive self-esteem and could improve the quality of services. However, repeated failures in the fight against stress, foster self-confidence in the face of problems at work, lead to conviction about the failure suffered in the implementation of projects and professional ideals. In confrontation with an excessive stress, an individual suffers burnout. The burnout syndrome refers in particular to those who have begun their work full of enthusiasm, commitment, ideals and energy. It is generally known that the determinants of professional burnout are the characteristics of the individual and the professional context. The problem of burnout affects especially nurses and midwives, whose work relies on close, constant contact with another human being. The strategy of coping with stress is described in the literature as a persistent, personalized human disposition towards a specific way of dealing with stressful situations. The chosen method of coping with stress depends on the

type of stressful situation, on the intensity of stress and other individual properties. Nowadays, in the current socio-economic conditions, the prevention of the burnout in health care employees, in particular nurses and midwives, is a problem of great importance. A prompt application of selected preventive actions might have an impact on improving the quality of services provided by medical staff.

Keywords: stress, burnout, nurses, midwives, prevention, health care system

DR N. O ZDR. MARIOLA KICIA,
DR HAB. N. O ZDR. GRAŻYNA IWANOWICZ-PALUS,
MGR POŁOŻN. JUSTYNA KRYSA,
DR N. O ZDR. MARTA ZARAJCZYK,
MGR POŁOŻN. MAGDALENA KORŻYŃSKA-PIĘTAS,
DR N. MED. GRAŻYNA STADNICKA –
Zakład Podstaw Położnictwa Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

BEATA SZLENDAK –
Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych
w Warszawie

---

1 L. Corsino de Paiva, A.C. Gomes Canári, E.L. Corsino de Paiva China i in., *Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital*, „Clinics” 2014, vol. 72 (5), s. 305–309.

2 R. Duval, A. Javanbakht, I. Liberzon, *Neural circuits in anxiety and stress disorders: a focused review*, „Therapeutics and Clinical Risk Management” 2015, vol. 11, s. 115–126.

3 O. Ahmadi, R. Azizkhani, M. Basravi, *Correlation between workplace and occupational burnout syndrome in nurses*, „Advanced Biomedical Research”

2014, vol. 24 (3), s. 44.

4 W. Jędrychowski, *Środowiskowe uwarunkowania stanu zdrowia*, w: *Ekologia populacji ludzkich*, red. N. Wolański, A. Siniarska, Warszawa 1982, s. 83–110.

5 H. Selye, *Stres okiełznany*, tłum. T. Zalewski, Warszawa 1978, s. 34–36.

6 C. Maslach, *Burned out*, „Human Behavior" 1976, vol. 5, s. 3–5.

7 M. Grębski, *Słona cena pomagania*, „Charaktery" 1998, nr 1, s. 7–8.

8 M. Tahghighi, C.S. Rees, J.A. Brown i in., *What is the impact of shift work on the psychological functioning and resilience of nurses? An integrative review*, „Journal of Advanced Nursing" 2017, vol. 73 (9), s. 2065–2083.

9 S.E. Hobfoll, *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*, tłum. M. Kacmajor, Gdańsk 2006, s. 67–103.

10 W.B. Schaufeli, D. Enzmann, N. Girault, *Przegląd metod pomiaru wypalenia zawodowego*, w: *Wypalenie zawodowe – przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*, red. H. Sęk, tłum. J. Radzicki, M. Żywicki, Warszawa 2000, s. 113–134.

11 M.Ch. Healy, M.F. McKay, *Nursing stress: the effects of the coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses*, „Journal of Advanced Nursing" 2000, vol. 31 (4), s. 3.

12 W.B. Schaufeli, A.B. Bakker, K. Hoogduin i in., *On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure*, „Psychology & Health" 2001, vol. 16 (5), s. 565–582.

13 C. Brown, *Low morale and burnout; is the solution to teach a values – based spirituals approach*, „Complementary Therapies in Nursing and Midwifery" 2002, vol. 9 (2), s. 57–61.

14 S. Cottrell, *Occupational stress and job satisfaction in mental health nursing: focused inventions through evidence-based assessment*, „Journal of Psychiatric Nursing" 2001, vol. 8 (2), s. 157–164.

15 I. Lee, H. Wang, *Perceived occupational stress and related factors in public health nurses*, „Journal of Research in Nursing" 2002, vol. 10 (4), s. 253–259.

16 C. Brown, *Low morale and burnout*, dz. cyt., s. 57–61.

17 I. Lee, H. Wang, *Perceived occupational stress and related factors in public health nurses*, dz. cyt., s. 251–253.

18 S. Cottrell, *Occupational stress and job satisfaction in mental health nursing*, dz. cyt., s. 156–163.

19 J. Formański, *Zespół wypalenia zawodowego jako skutek dehumanizacji pracy pielęgniarek*, „Humanizacja Pracy" 1997, nr 3, s. 1–13.

20 *Stres w pracy*, red. C.L. Cooper, R. Payne, tłum. R. Stachowski, A. Bańka, Warszawa 1987, s. 23–25.

21 B. McGowan, *Self-reported stress and its effects on nurses*, „Nursing Standard" 2001, vol. 15 (42), s. 15.

22 J. Strelau, *Temperament a stres*, w: *Człowiek w sytuacji stresu*, red. I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak, Katowice 1996, s. 34–38.

23 E. Sygit-Kowalkowska, *Radzenie sobie ze stresem jako zachowanie zdrowotne człowieka – perspektywa psychologiczna*, „Hygeia Public Health" 2014, t. 49 (2), s. 202–208.

24 C. Brown, *Low morale and burnout*, dz. cyt., s. 43–45.

25 V. Raftopoulos, A. Charalambous, M. Talias, *The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report*, „BMC Public Health" 2012, vol. 12 (1), s. 457.

26 S. Engelbrecht, *Motivation and burnout service work the case of midwifery in Denmark*, Copenhagen 2006.

27 O. Ahmadi, R. Azizkhani, M. Basravi, *Correlation between workplace and occupational burnout syndrome in nurses*, dz. cyt., s. 44.

28 P.J. Bridgeman, M.B. Bridgeman, J. Barone, *Burnout syndrome among healthcare professionals*, „American Journal of Health-System Pharmacy" 2017, vol. 75 (3), s. 147–152.

29 V. Raftopoulos, A. Charalambous, M. Talias, *The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report*, dz. cyt., s. 452–453.

30 E. Sygit-Kowalkowska, *Radzenie sobie ze stresem jako zachowanie zdrowotne człowieka*, dz. cyt., s. 202–208.

31 S. Korczyński, *Przyczyny i przejawy wypalenia zawodowego nauczycieli*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze" 2013, nr 3, s. 10–20.

32 J.F. Terelak, *Rola wsparcia społecznego w radzeniu sobie ze stresem*, „Meritum" 2010, nr 4, s. 31–36.

33 M. Kuśpit, *Pokonać stres*, „Remedium" 2006, nr 7, s. 44–45.

34 S. Wieder-Huszla, A. Jurczak, K. Augustyniuk i in., *Wypalenie zawodowe wśród personelu pielęgniarskiego*, „Family Medicine & Primary Care Review" 2016, vol. 18 (1), s. 63–68.

35 R. Duval, A. Javanbakht, I. Liberzon, *Neural circuits in anxiety and stress disorders: a focused review*, dz. cyt., s. 125–126.

36 A. Andruszkiewicz, M. Sobczak, M. Banaszkiewicz, *Empatia a wypalenie zawodowe w grupie pielęgniarek. Wyzwania dla procesu kształcenia*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2012, t. 39, nr 2, s. 27–30.

37 K. Parużyńska, J. Nowomiejski, R. Rasińska, *Analiza zjawiska wypalenia zawodowego personelu medycznego*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2015, t. 2, nr 56, s. 175–180.

38 J. Karyś, D. Rębak, T. Karyś i in., *Wypalenie zawodowe u pielęgniarek stacjonarnych oddziałów odwykowych*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2014, t. 48, nr 3, s. 25–29.

Magdalena Korżyńska-Piętas,
Katarzyna Dziaduszek,
Ewa Rzońca,
Grażyna Iwanowicz-Palus,
Agnieszka Bień

Kulturowo-religijne aspekty opieki położniczej

Wprowadzenie

Indywidualne podejście położnej do pacjentki stanowi podstawę udanej opieki. Praca w tym zawodzie jest specyficzna i zróżnicowana, a kliniki, oddziały czy poradnie różnią się od siebie. W każdym z tych miejsc położna musi wykazywać się umiejętnościami opartymi na rzetelnej wiedzy, inteligencji, empatii i zrozumieniu. Personel medyczny powinien podchodzić do każdego pacjenta indywidualnie, jednocześnie traktując wszystkich chorych na równi, bez względu na wiek, płeć, wykształcenie, pozycję społeczną, środowisko kulturowe, kraj pochodzenia czy wyznanie. W związku z tym szacunek wobec osób innego wyznania, kultury jest niezwykle istotny, a każdy

pracownik służby zdrowia musi znać podstawowe zasady kierujące życiem pacjenta. W przypadku niedostatecznej wiedzy na ich temat oraz braku zrozumienia odmienności kulturowej bardzo często pojawiają się nieporozumienia i problemy w komunikacji, które mają niekorzystny wpływ na proces leczenia i pielęgnowania. Utrudniają one budowanie relacji z chorym oraz zdobycie jego zaufania, które są niezbędne do prawidłowej współpracy[1].

Współcześnie zjawisko wieloetniczności jest zauważalne głównie w państwach, do których masowo napływają emigranci. Wielokulturowość opisywana jest w literaturze jako współistnienie odmiennych wartości i tradycji określonych w ramach jednego organizmu państwowego. Zjawisko to jest procesem dynamicznym, mającym coraz większe znaczenie dla społeczeństwa. Rozwój wielokulturowości stawia przed pracownikami ochrony zdrowia nowe wyzwania i skłania do głębokiej refleksji[2].

W procesie leczenia i pielęgnowania kulturowe oraz religijne przekonania pacjenta stanowią ważny element kształtujący opiekę. Dla personelu medycznego istotne są wszystkie potrzeby pacjenta, nie tylko te biologiczne, psychiczne, społeczne i zdrowotne, ale także te związane z duchowością. Kompetentną opiekę cechuje dostosowanie do potrzeb różnych religii. Wszystkie zjawiska dotyczące człowieka, w szczególności te, które wpływają na stan jego zdrowia, powinny być analizowane jako nierozerwalna całość. Proces diagnostyki, leczenia i pielęgnowania musi

być tak skonstruowany, by pacjent pozostał całością psychosomatyczną[3].

W latach 50. ubiegłego wieku wzrosło zainteresowanie zjawiskiem wielokulturowości w opiece położniczej, jak też w innych naukach medycznych. Madeleine Leininger opracowała model opieki, w którym podkreśla się znaczenie holistycznego ujmowania człowieka. W swojej teorii autorka uwzględnia istotę uwarunkowania kulturowego pacjenta i jego wpływ na proces planowania oraz świadczenia kompetentnych usług przez personel medyczny, dokładnie opisuje także poziomy, na których często pojawiają się bariery kulturowe utrudniające współpracę pomiędzy pacjentem a personelem medycznym.

Środowisko życia człowieka wpływa bezpośrednio na utrzymanie przez niego dobrej kondycji zdrowotnej. Przywołana autorka analizuje człowieka jako jednostkę posiadająca własną, niepowtarzalną tożsamość oraz korzenie. Ponadto zauważa zjawiska przenikania się, uniwersalności i zróżnicowania w procesie opieki pielęgniarskiej.

Model Leininger jest skonstruowany jako półkole podzielone na siedem części przez promienie rozchodzące się od jego środka na zewnątrz jak promienie wschodzącego słońca. Do elementów modelu zalicza się: czynniki technologiczne, religijne i filozoficzne, rodzinne i społeczne, wartości kulturowe i styl życia, czynniki polityczne i prawne, czynniki ekonomiczne oraz czynniki

edukacyjne. Wszystkie te komponenty wpływają na siebie wzajemnie, na świadczenie opieki medycznej oraz na znajdujące się nad i pod półkolem poziomy. Szczyt półkola jest opisywany jako poziom pierwszy w postaci światopoglądu oraz podstawowych składowych struktury systemu kulturowego i społecznego. Do poziomu drugiego zalicza się jednostki, rodziny, grupy, społeczności i instytucje w różnych systemach opieki zdrowotnej. Poziom trzeci stanowi system opieki zdrowotnej, poziom czwarty obejmuje zaś decyzje i działania pielęgniarskie[4].

Skuteczna komunikacja między członkami różnych kultur uwarunkowana jest różnymi czynnikami, do których zalicza się wiedzę na temat różnic kulturowych, zdolność analizy wydarzeń z różnych perspektyw, umiejętność dostosowania sposobu komunikacji z uwzględnieniem potrzeb partnera i specyfiki sytuacji. Strategie afektywne, kognitywne i behawioralne wykorzystywane są w procesie prawidłowej komunikacji międzyludzkiej. Elementy strategii afektywnej opisywane są jako szanowanie, akceptowanie istnienia różnic kulturowych, rozwijanie swoich kompetencji poprzez wymianę kulturową, umiejętność obserwacji zachowań bez oceniania, uwzględnianie własnych wartości, uprzedzeń, przekonań i wierzeń. Wiedza o różnych kulturach oraz umiejętność rozpoznawania problemów będących efektem różnic kulturowych i radzenia sobie z nimi stanowią filar strategii poznawczej. Strategia behawioralna zakłada mówienie do

pacjenta powoli i jasno, unikanie skomplikowanych terminów medycznych, ekspresyjność, zainteresowanie, empatię, obserwację oraz interwencję[5].

Pacjentka wyznającA judaizm – rola i zadania położnej

Jedną z trzech wielkich religii monoteistycznych stanowi judaizm, określany także jako mozaizm. Jest to zespół przekonań, wartości etycznych i postaw wynikających z tradycji i obyczajów. Wyznawcy judaizmu wierzą w jednego niepodzielnego Boga, który wybrał ich do zawarcia z nim przymierza. Główne elementy judaizmu to: monoteizm (wiara w jednego Boga), transcendentalizm (odmienność Boga od świata stworzonego, jego wyjątkowość), antropomorfizm (stosowanie wobec Boga terminów i określeń odnoszących się do ludzi), uniwersalizm (uważanie Boga za twórcę wszystkiego), panenteizm (przekonanie o wszechobecności Boga), partykularyzm (traktowanie Boga jako zbawcy, Boga Izraela, któremu należy się posłuszeństwo). Najświętszym tekstem judaizmu jest Tora, składająca się z pięciu ksiąg spisanych w języku hebrajskim. Obejmuje ona czas od stworzenia świata do okresu wędrówki żydów po pustyni pod przewodnictwem Mojżesza. Zgodnie z tradycją księga jest słowem Bożym spisanym przez Mojżesza, w związku

z czym otaczana jest czcią. Tekstu Tory nie wolno zmieniać, ponieważ słowo Boże jest idealne, oraz dotykać, by go nie sprofanować. Tekst napisany jest na długim pergaminie i nawinięty na drążki umożliwiające przewijanie bez konieczności dotykania. Święta księga przechowywana jest w synagodze w specjalnej wnęce[6].

Judaizm cechuje bardzo bogata obrzędowość. Żydzi celebrują każdy ważny moment życia zgodnie z kanonami wiary. Po urodzeniu dziecka bardzo ważne jest określenie, czy jest ono żydem. Zgodnie z kanonami wiary każdy człowiek mający matkę żydówkę jest żydem. Przyjmuje się, że zasada ta wywodzi się z czasów niewoli egipskiej, kiedy wszystkie noworodki płci męskiej były mordowane, a wartości takie jak wiara, przynależność narodowa, tradycje i obyczaje przekazywały sobie kobiety. Ma ona ponadto praktyczny aspekt, ponieważ zawsze wiadomo, kto jest matką dziecka, natomiast w stosunku do ojca tej pewności może nie być.

Obrzezanie chłopców jest niezwykle popularną tradycją w rodzinach żydowskich. Wykonuje się je ósmego dnia po narodzinach. Żydzi wierzą, że rytuał ten stanowi potwierdzenie przymierza zawartego przez Boga z Abrahamem. Wielu z nich podkreśla również higieniczne zalety zabiegu. Obrzezanie przeprowadza mohel, w przeszłości obowiązek ten należał do ojca chłopca. Zabieg wykonuje się na podwójnym krześle, zgodnie z przekazami jego jedna część jest przeznaczona dla

proroka Eliasza, na drugiej zaś siada sandak, który ma trzymać dziecko. Wyznawcy judaizmu traktują pełnienie funkcji sandaka jako bardzo duże wyróżnienie. Dziecko jest przynoszone na ceremonię przez kuma i kumę, którzy w ten symboliczny sposób zostają rodzicami. Na zakończenie mohel nadaje dziecku imię hebrajskie, które jest używane podczas innych obrzędów religijnych. Imię to bardzo często jest inne niż to zapisane w dokumentach stanu cywilnego. W przypadku śmierci noworodka przed ósmym dniem życia obrzezanie przeprowadza się przed pogrzebem, w czasie obrzędu oczyszczenia ciała. W przypadku przejścia na judaizm nowy wyznawca musi poddać się obrzezaniu[7].

Narodziny dziewczynki również są okazją do świętowania, towarzyszy im ceremonia simchat bat, która symbolizuje powitanie i zawarcie przymierza z Bogiem. Imię dziewczynki ogłasza się w trakcie modlitwy w pierwszy szabat po narodzinach. Według tradycji żydowskiej dziewczynka staje się kobietą w wieku 12–13 lat. Organizowana jest wtedy uroczysta bat micwa, rozpoczynająca okres osobistej odpowiedzialności (już) kobiety za zgodność swoich czynów z prawem i zasadami religijnymi. Żydzi uznają pierwszą miesiączkę za znak, że dziewczynka jest już w pełni gotowa do małżeństwa. Rodzice dojrzewającej dziewczynki, aby uczcić jej pierwszą menstruację, uderzają ją lekko w policzek. Przyjmuje się, że rytuał ten ma odpędzić złe moce i zapewnić jej powodzenie na długie lata[8].

W tradycji żydowskiej dziewczynki od najmłodszych lat muszą uczyć się zasad prowadzenia gospodarstwa domowego zgodnie z przepisami Talmudu dotyczącymi rytualnej czystości przedmiotów i pokarmów. Do zadań młodych kobiet należy poznanie tradycji, obrzędów, przepisów i zakazów na temat codziennego życia. Rola kobiety jest szczegółowo opisana w Torze, należy do niej budowanie i podtrzymywanie pozytywnej atmosfery w rodzinie, pilnowanie jej prawidłowego i zdrowego funkcjonowania oraz wychowanie potomstwa zgodne z założeniami judaizmu[9].

Wśród ortodoksyjnych żydów istnieje tradycja, która nakazuje unikania przez mężczyzn kontaktów z kobietami w trakcie krwawienia miesięcznego i do tygodnia po jego zakończeniu. Podczas ciąży i połogu kobieta nie jest zwolniona z obowiązku zapalania świec w szabat. Żydówki powinny dbać o siebie, mogą poddawać się badaniom prenatalnym. Zgodnie z tradycją pacjentka po urodzeniu dziecka musi poddać się rytualnej kąpieli w mykwie, gdyż jest nieczysta. Mąż nie może się do niej zbliżać przez tydzień, jeśli urodziła syna, a dwa tygodnie po urodzeniu córki.

Macierzyństwo jest dla wyznawców judaizmu najwyższą wartością. Położna powinna umożliwić pacjentce spożywanie pokarmów przygotowanych przez rodzinę, ponadto musi zapewnić jej naczynia i sztućce jednorazowego użytku. Zaleca się, by kobieta nie korzystała

z naczyń szpitalnych, a w przypadku gdy rodzina nie może dostarczyć jej odpowiednich posiłków, należy zapewnić pacjentce dietę jarską. Nie wolno podawać leków w otoczce żelowej, ponieważ spożywanie żelatyny pod każdą postacią jest surowo zabronione. Pacjentka wyznająca judaizm ultraortodoksyjny powinna być zbadana przez kobietę, gdyż prawo żydowskie ogranicza kontakty między osobami różnych płci. W religii żydowskiej istnieje zakaz przebywania mężczyzny i kobiety w zamkniętym pokoju, który nie dotyczy małżeństw, rodziców i dzieci oraz osoby dorosłej i dziewczynki do trzeciego roku życia lub chłopca do dziewiątego roku życia[10].

Pacjentka wyznająca islam – rola i zadania położnej

W tradycji muzułmańskiej ostatnim prorokiem jest Mahomet, a ostatnią objawioną księgą – Koran. Muzułmanie uważają, że Bóg zesłał Koran, by ujawnić wszystko, co uważa za dobre dla ludzkości na tym świecie oraz w życiu wiecznym. Na Koranie opiera się cała cywilizacja muzułmańska, poza nim wyznawcy islamu korzystają z Sunny, czyli tradycji proroka. Sunna to zbiór hadisów, informacji na temat działań oraz życia Mahometa, jego wypowiedzi i decyzji, które dla każdego muzułmanina są wzorem do naśladowania[11].

W islamie kobieta postrzegana jest jako potencjalna matka. To głównie od jej płodności zależy szczęście rodzinne. Kobiety, które nie mogą mieć dzieci, są odrzucane przez społeczeństwo, ponieważ nie mogą spełnić swojego podstawowego obowiązku. Muzułmanie wierzą, że zostały ukarane przez Boga[12].

Wyznawcy islamu muszą przestrzegać szczegółowo określonych reguł dotyczących zdrowia i życia intymnego. Islam zabrania współżycia z kobietą będącą w ciąży, która trwa więcej niż szesnaście tygodni. Do 40 dni od porodu położnica uważana jest za nieczystą. Jest to czas, w którym kobieta skupia się na sobie, spędza czas w domu, regeneruje siły. Okres połogu kończy się rytuałem oczyszczenia[13].

Zgodnie z tradycją muzułmańską nad rozwojem ludzkiego embrionu czuwa anioł. Kobieta ciężarna zwraca się do Boga o pomoc i opiekę, nosi też specjalne amulety, których zadaniem jest ochrona przed działaniem „złego oka”. W zawieszonych na szyi, talii lub nadgarstku woreczkach zaszyte są odpowiednie fragmenty Koranu. Podczas porodu muzułmanka powtarza wezwanie skierowane do Mahometa: „O! Posłańcu Boży” (ar. *Ja rasul Allah*), na co towarzyszące jej kobiety odpowiadają: „O! Łaskawy Boże. O! Łaskawy Boże” (ar. *Ja latif, ja latif*). Muzułmanie uważają, że pierwszy krzyk nowo narodzonego jest dowodem na to, że szatan dotknął dziecka, wierzą również, że wyjątek stanowiło narodzenie Jezusa[14].

W niektórych krajach muzułmańskich mimo braku takiego nakazu w Koranie dokonuje się również obrzezania dziewcząt. Dla wielu muzułmanów jest to wciąż znak przynależności do islamu i wierności jego założeniom[15].

Podczas połogu i menstruacji pacjentka nie może wykonywać niektórych czynności. Zalicza się do nich m.in. modlitwę, okrążenie świątyni Al-Kaba, poszczenie, przebywanie w sali modlitewnej w meczecie lub miejscu, w którym prowadzone są modlitwy świąteczne, odbywanie stosunków płciowych. Koran nakazuje również, by kobieta po zakończeniu miesiączki i okresu połogu wzięła oczyszczającą kąpiel. W krajach muzułmańskich ciąża, poród, a także cała fizjologia kobiecego ciała są tematami tabu. Rodzące muzułmanki nie chcą rozmawiać o tym, co się dzieje z ich ciałem w czasie porodu, nie zadają szczegółowych pytań, na informacje o przebiegu porodu przekazywane przez położną często reagują zawstydzeniem i zmieniają temat. W ich przekonaniu należy słuchać poleceń oraz wskazówek położnej i podporządkowywać się jej decyzjom. Nie na miejscu jest kwestionowanie poleceń położnej lub dopytywanie jej o szczegóły podejmowanych działań[16].

Kobiety z krajów muzułmańskich starają się, zgodnie z przekazem kulturowym, kontrolować emocje i zachowywać się godnie, jak na kobietę i matkę przystało. Ekspresja uczuć, w szczególności negatywnych, takich jak strach, ból, zmęczenie czy zniecierpliwienie, nie jest dobrze

widziana, nawet w tak wyjątkowej sytuacji, jaką jest poród. Muzułmanie wierzą, że ciąża jest darem od Allacha i przebiega w sposób zaplanowany przez Boga, nie ma więc powodu, żeby ludzie wnikali w ten plan. Ma to usprawiedliwić brak regularnej opieki medycznej kobiety w ciąży i dziecka. Ponadto lata konfliktów zbrojnych w wielu krajach muzułmańskich sprawiły, że opieka i edukacja zdrowotna dziewcząt i kobiet na tych terytoriach w zasadzie nie istnieje[17].

Zaraz po narodzinach dziecka ojciec recytuje mu do ucha słowa będące wyznaniem wiary muzułmanina. Zgodnie z tradycją chwilę po przyjściu na świat noworodki częstowane są miąższem daktyla, który zawiera dużo cukrów prostych, a także jest owocem ulubionym przez Mahometa. W tradycji muzułmańskiej narodziny dziecka świętuje się poprzez ubój barana. W siedem dni po narodzeniu odbywa się ceremonia nadania imienia i golenia głowy noworodkowi[18].

W islamie duże symboliczne znaczenie przypisuje się błonie dziewiczej, której brak uniemożliwia małżeństwo. Zabieg jej odtwarzania jest zabroniony i surowo karany. Dziewic z zasady nie bada się ginekologicznie, nawet przez odbyt[19].

Islam dopuszcza wszystkie metody planowania rodziny, jeśli nie zagrażają kobiecie i mężczyźnie oraz nie powodują trwałej niepłodności. Odpowiedzialność za planowanie rodziny spoczywa na kobiecie. Prezerwatywy nie cieszą się

uznaniem mężczyzn, chętnie stosowane są za to tabletki antykoncepcyjne i wkładki domaciczne. Na Środkowym Wschodzie nie ma w sprzedaży tabletek antykoncepcyjnych zawierających etynyloestradiol, ponieważ częściej powodują plamienia, szczególnie na początku przyjmowania. Kobieta mająca krwawienie z pochwy nie może się modlić ani współżyć płciowo, postrzega się to zatem jako poważny objaw uboczny[20].

Pacjentka wyznająca hinduizm – rola i zadania położnej

Dla wyznawców hinduizmu rodzina jest jedną z najwyższych wartości. Rodziny hinduskie są liczne, nawet kilkunastoosobowe, wielopokoleniowe. Hindusi uważają, że posiadanie potomstwa jest niezwykłym darem, zwłaszcza w przypadku gdy dziecko jest płci męskiej. Hinduski bardzo wcześnie wychodzą za mąż, dzięki czemu mogą urodzić więcej dzieci. Bezpłodność uważana jest za karę za grzechy popełnione w poprzednich wcieleniach. Zgodnie z tradycją hinduską żona musi być bezwzględnie posłuszna mężowi oraz innym przedstawicielom płci męskiej w rodzinie, tzn. ojcu i synom. Głównym obowiązkiem kobiety jest oddanie i służba mężowi, a powinnością męża – ochrona żony i opieka nad nią. Do zadań dzieci należy służenie i szanowanie obydwojga rodziców, zwłaszcza w okresie

starości. W hinduskich rodzinach bardziej pożądani są synowie, ponieważ tylko potomkowie płci męskiej mogą wypełnić rytualne obrządki związane z pogrzebem ojca. Narodziny córki niekiedy traktuje się jako nieszczęście, ponieważ w niektórych regionach nadal jest kultywowany zwyczaj dawania córkom posagu, na co nie stać wielu rodziców. Zdarzają się przypadki wykonywania badań prenatalnych, które mają określić płeć płodu, a jeżeli jest to dziewczynka, dokonuje się aborcji[21].

Dla hinduistów małżeństwo i macierzyństwo mają wymiar sakralny. W przypadku gdy partnerzy nie mogą mieć dzieci, ich związek traci świętość. Po urodzeniu dziecka uroczyście przecina się pępowinę, jednocześnie wypowiadając noworodkowi do ucha słowa specjalnej mantry. Następnie ojciec oficjalnie akceptuje pojawienie się potomka, dotykając jego czoła. Dziecku podaje się odrobinę mieszaniny miodu i masła bawolego, aby zapewnić mu szczęśliwe życie. Położna po porodzie obdarowuje młodą mamę ryżem, aby zapewnić jej oraz dziecku szczęście[22].

Zgodnie z założeniami hinduizmu kobiety, które mają menstruację, powinny przebywać w odosobnieniu, ponieważ są w tych dniach nieczyste. W ciągu pierwszych czterech dni cyklu nie mogą także uczestniczyć w uroczystościach religijnych. Wyznawcy hinduizmu stosują specjalną dietę dla miesiączkujących kobiet. Zaleca się, by w tych dniach jadły tylko suchy rodzaj pożywienia, przede

wszystkim ryż i sól. W trakcie menstruacji nie mogą się kąpać i przykrywać w nocy ciepłymi nakryciami[23].

W kulturze hinduskiej bardzo popularny jest tzw. poród lotosowy. Kwiat lotosu, zgodnie z legendą, został uznany za miejsce narodzin bogów – centrum świętości. Istotą porodu lotosowego jest pozostawienie nieprzeciętej pępowiny wraz z łożyskiem do momentu jej naturalnego odpadnięcia (od 3 do 10 dni po narodzinach). Jest to manifestacja wiary w istnienie ludzkiej duszy, łożysko stanowi bowiem swojego rodzaju pomost między niebiosami a życiem doczesnym[24].

Dla hinduistów gesty i mimika odgrywają istotną rolę w komunikowaniu się. Wiele z nich jest zupełnie niezrozumiałych dla Europejczyków, inne – mimo że wyglądają podobnie – mają odmienne znaczenie. Przed podjęciem kontaktów z osobami wywodzącymi się z hinduskiego kręgu kulturowego, aby uniknąć konfliktów i nikogo nie urazić, należy zapoznać się ze znaczeniem najpopularniejszych w Indiach gestów. Lewa ręka uważana jest za nieczystą, ponieważ używa jej się do wykonywania czynności związanych z higieną osobistą. Należy pamiętać, aby w obecności Hindusów wszelkie czynności wykonywać zawsze prawą ręką. Lewą ręką nie wolno dotykać jedzenia oraz innych osób. Pokazywanie komuś spodów stóp jest uważane za brak szacunku, podobnie jak wskazywanie palcem. Wyciągnięty mały palec oznacza, że ktoś chce pójść do toalety lub z niej wraca. Wielu Hindusów wita się poprzez uścisk dłoni, a tradycyjne hinduskie powitanie

(namaste) to półukłon z rękoma złożonymi na wysokości serca, palcami wskazującymi do góry. Jest ono uważane przez Hindusów za przejaw uprzejmości i oznakę dobrego wychowania.

Personel medyczny powinien zapewnić kobiecie ciężarnej i jej rodzinie możliwość wykonywania w szpitalu tradycyjnych rytuałów związanych z ochroną płodu oraz ułatwieniem akcji porodowej[25].

Pacjentka wyznająca buddyzm – rola i zadania położnej

Dla buddystów posiadanie potomstwa jest głównym źródłem szczęścia rodzinnego. Szczególne znaczenie dla powodzenia ciąży ma odbywanie praktyk religijnych, ponieważ wyznawcy buddyzmu wierzą, że afirmatywne myślenie o dziecku gwarantuje powodzenie w przyszłości. Każdego dnia ciąży kobieta odmawia specjalną modlitwę, która ma chronić ją i dziecko. Zgodnie z tradycyjną medycyną chińską przygotowania do zajścia w ciążę należy rozpocząć nawet z dwuletnim wyprzedzeniem. Zaleca się, by od siódmego tygodnia ciąży pacjentka ograniczyła pracę. W tradycji buddyjskiej rodzice przekazują dziecku część swej istoty i sił życiowych. Samo poczęcie może nastąpić, gdy krew i energia Qi (energia życiowa) przepływają przez organizm bez przeszkód. Siła życiowa według medycyny

tradycyjnej gromadzi się w nerkach. Buddyści wierzą, że energia Qi nerek jest odpowiedzialna za konstrukcję psychofizyczną dziecka oraz długość jego życia. Uważają, że to, w jaki sposób rodzą się dzieci, nie ma znaczenia dla ich zdrowia i przyszłości. Według buddystów każdy człowiek jest wolny i może żyć zgodne z własnymi zasadami[26].

Etyka buddyjska oparta jest na rozumie i znajomości natury człowieka. Buddyści darzą wielkim szacunkiem drugiego człowieka. Opieka medyczna nad wyznawcami tej religii nie wymaga przestrzegania szczególnych zasad. W przypadku gdy pacjentem jest mnich lub mniszka buddyjska, opiekować się nimi musi personel tej samej płci co pacjent. Nie istnieją specjalne wymagania dietetyczne i higieniczne, aczkolwiek znaczna większość buddystów to wegetarianie[27].

Podczas porodu na specjalne zaproszenie rodziny rodzącej przybywa lama, który odmawia specjalne modlitwy, mające przynieść szczęśliwe zakończenie ciąży i bezpieczny poród. W okresie intensywnej akcji porodowej i w godzinę po porodzie kobiecie podaje się specjalnie przygotowaną zupę, która uzupełnia energię rodzącej, może ona napić się również nalewki alkoholowej. Obecni podczas porodu bliscy często wykonują specjalny masaż głowy i barków, który ma wspomóc ochronę organizmu, szczególnie narządów rodnych. Nie ma żadnych specjalnych zasad co do postępowania położnicy, może ona

uczestniczyć we wszystkich obrządkach i zwyczajach religijnych. Po urodzeniu dziecka dotyka się jego języka specjalną pałeczką, na której wyryte są litery dhi. Noworodek połyka łyżeczkę masła zmieszanego z melisą oraz miodem i dopiero potem zaczyna ssać pierś matki[28].

Podsumowanie

Opieka nad pacjentką zakłada postrzeganie jej jako partnera, a nie biernego odbiorcy działań związanych z realizacją procesu pielęgnowania. Położne powinny akceptować wszystkie prawa podopiecznej oraz zagwarantować jej możliwość wyboru. Rozwijanie kompetencji w zakresie komunikacji międzykulturowej odgrywa istotną rolę w pracy położnej i wpływa na wielowymiarowość relacji z pacjentką.

Cultural and religious aspects of midwifery care

Summary

Multiculturalism is defined as the coexistence of various values and traditions which are formed within a single state. Nowadays, in the time of intense migration, this phenomenon is also gaining significance when it comes to midwives' work. Overcoming barriers in holistic care is a great challenge in modern medicine. The condition for the efficient functioning of the health system is its compliance with patients' rights. Medical staff should perceive the patient through the prism of biological, mental, social, health and spiritual needs. Moreover, medical

staff should have the competence to provide care focused on the needs and requirements of different religions. The idea of multiculturalism is an important element of modern nursing and midwifery practice. The convention of transculturality allows effective communication with culturally diverse people, protects against conflicts resulting from cultural differences, the phenomenon of “cultural shock”, stereotyping, prejudices, ethnocentrism and self-centeredness. The knowledge about cultural phenomena reduces the feeling of uncertainty and frustration, and makes it easier to predict patient behavior by including their actions in logical models. Intercultural competence is an extraordinary value which affects professional success and development. The article aims to present cultural and religious differences that might affect the care provided by midwives to patients from diverse cultural and religious backgrounds.

Keywords: midwife, intercultural competences, multiculturalism, religion

MGR POŁOŻN. MAGDALENA KORŻYŃSKA-PIĘTAS,
DR HAB. N. O ZDR. GRAŻYNA IWANOWICZ-PALUS,
MGR POŁOŻN. KATARZYNA DZIADUSZEK,
DR N. O ZDR. EWA RZOŃCA,
DR HAB. N. O ZDR. AGNIESZKA BIEŃ –
Zakład Podstaw Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

1 C. Cang-Wong, S. Murphy, T. Adelman, *Nursing responses to transcultural encounters: what nurses draw on when faced with a patient from another culture*, „Permanente Journal” 2009, vol. 13 (3), s. 31–37; D. Cianciara, *Promocja zdrowia, zapobieganie chorobom i leczenie w kontekście wielu*

kultur – wskazówki z innych krajów, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, t. 93, nr 1, s. 160–167.

2 A. Majda, J. Zalewska-Puchała, *Wrażliwość międzykulturowa w opiece pielęgniarskiej*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2011, t. 19, nr 2, s. 253–258.

3 B. Krymska, *Religijne uwarunkowania opieki nad pacjentem*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2007, nr 1–2, s. 4.

4 M. Leininger, *Overview of the theory of culture care with the ethnonursing research method*, „Journal of Transcultural Nursing” 1997, vol. 8 (2), s. 32–52; M. Leininger, M. McFarland, *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice*, 3rd ed., New York 2002; S. Zuwang, *Cultural competence models and cultural competence assessment instruments in nursing: a literature review*, „Journal of Transcultural Nursing” 2014, vol. 26 (3), s. 308–321.

5 A. Majda, J. Zalewska-Puchała, B. Ogórek-Tęcza, *Pielęgniarstwo transkulturowe*, Warszawa 2010, s. 5–7; R. Le Var, *Improving educational preparation for transcultural health care*, „Nurse Education Today” 1998, vol. 18 (7), s. 519–533.

6 A. Kostka, S. Krzemińska, S. Durlej-Kot, *Opieka pielęgniarska nad pacjentem wyznania żydowskiego*, „Journal of Education, Health and Sport” 2017, vol. 7 (7), s. 986–997.

7 Tamże, s. 986–997.

8 D. Krankowska, B. Gaweł, M. Dymerska, *Obrzezanie mężczyzn i kobiet*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2015, t 9, nr 4, s. 326–334.

9 A. Wąs, *Postrzeganie roli kobiety w religiach świata*, portal Instytutu Dialogu Międzykulturowego im. Jana Pawła II, http://idmjp2.pl/index.php/pl/1233-postrzeganie-roli-kobiety-w-religiach-swiata (dostęp: 20.04.2018).

10 M. Korżyńska, G. Iwanowicz-Palus, E. Golonka, *Opieka położnicza nad kobietą ciężarną i położnicą w różnych kulturach świata*, w: *Kobieta i jej rodzina: profesjonalny poradnik dla położnych*, Warszawa 2012, nr 10, s. 29–43.

11 J. Pruszyński, J. Putz, D. Cianciara, *Uwarunkowania religijne i kulturowe potrzeb muzułmanów podczas zdrowia i choroby*, „Hygeia Public Health” 2013, t. 48 (1), s. 108–114.

12 M.J. Żmichrowska, *Małżeństwo i rodzina w chrześcijaństwie i islamie*, Wałbrzych 2017, s. 117–193.

13 M. Korżyńska, G. Iwanowicz-Palus, E. Golonka, *Opieka położnicza nad kobietą ciężarną i położnicą w różnych kulturach świata*, dz. cyt., 29–43.
14 A. Wąs, *Życie muzułmanina. Jakie są kluczowe momenty w życiu wyznawcy islamu?*, portal wiara.pl, https://religie.wiara.pl/doc/472226.Zycie-muzulmanina-Jakie-sa-kluczowe-momenty-w-zyciu-wyznawcy (dostęp: 20.04.2018).
15 D. Krankowska, B. Gaweł, M. Dymerska, *Obrzezanie mężczyzn i kobiet*, dz. cyt., s. 326–334.
16 M.J. Żmichrowska, *Małżeństwo i rodzina w chrześcijaństwie i islamie*, dz. cyt., s. 117–193; M. Korżyńska, G. Iwanowicz-Palus, E. Golonka, *Opieka położnicza nad kobietą ciężarną i położnicą w różnych kulturach świata*, dz. cyt., s. 29–43.
17 A. Kosowicz, M. Piegat-Kaczmarczyk, *Kobiety świata – wielokulturowość w opiece okołoporodowej*, projekt „Jestem mamą w Polsce", https://mamawpolsce.files.wordpress.com/2015/07/kobiety-c59bwiata-wielokulturowoc59bc487-w-opiece-okoc582oporodowej.pdf (dostęp: 20.04.2018).
18 Tamże.
19 E. Baszak, *Kontakty między płciami w świecie muzułmańskim*, „Seksuologia Polska" 2004, t. 2, nr 2, s. 71–74.
20 E. Baszak, *Współżycie seksualne w kulturze islamu*, „Seksuologia Polska" 2003, t. 1, nr 1, s. 35–38.
21 Z. Musiał, Z. Kłapa, *Kulturowo-wyznaniowe uwarunkowania opieki pielęgniarskiej nad pacjentem pochodzenia indyjskiego*, „Problemy Pielęgniarstwa" 2013, t. 21, nr 2, s. 249–254.
22 A.M. Piwko, *Małżeństwo w hinduizmie*, portal Misjonarzy Werbistów, http://www.werbisci.pl/index.php/czytelnia-gorne-menu/869-malzenstwo-w-hinduizmie (dostęp: 20.04.2018).
23 Z. Musiał, Z. Kłapa, *Kulturowo-wyznaniowe uwarunkowania opieki pielęgniarskiej nad pacjentem pochodzenia indyjskiego*, dz. cyt., s. 249–254.
24 J.M. Olszewska, A. Czerwińska-Osipiak, A. Michalik i in., *Spojrzenie na ciążę i poród przez pryzmat różnych religii*, „Problemy Pielęgniarstwa" 2013, t. 21, nr 4, s. 534–541.
25 Z. Musiał, Z. Kłapa, *Kulturowo-wyznaniowe uwarunkowania opieki pielęgniarskiej nad pacjentem pochodzenia indyjskiego*, dz. cyt., s. 249–254; J.

Ries, *Religie ludzkości. Hinduizm*, Poznań 2001, s. 12–14.

26 M. Korżyńska, G. Iwanowicz-Palus, E. Golonka, *Opieka położnicza nad kobietą ciężarną i położnicą w różnych kulturach świata*, dz. cyt., s. 29–43.

27 J. Pruszyński, J. Putz, *Uwarunkowania kulturowe potrzeb buddystów w trakcie choroby i ostatnim okresie życia*, „Problemy Higieny i Epidemiologii" 2012, t. 93, nr 1, s. 183–188.

28 J. Olszewska, A. Czerwińska-Osipiak, A. Michalik i in., *Spojrzenie na ciążę i poród przez pryzmat różnych religii*, dz. cyt., s. 534–541.

Agnieszka Skurzak,
Dominika Stobnicka,
Marta Zarajczyk,
Agnieszka Bień,
Grażyna Iwanowicz-Palus

Wybrane współczesne wyzwania etyczne w pracy położnej

Wprowadzenie

Współczesna medycyna zajmuje się opieką nad człowiekiem w każdym okresie życia – od poczęcia aż do śmierci. Każdy pacjent przebywający w placówce leczniczej wymaga pielęgnacji, a jej jakość ma decydujące znaczenie dla szybkości rekonwalescencji. Współczesne położnictwo dąży do stworzenia idealnych warunków w celu zapewnienia opieki na najwyższym poziomie i wyeliminowania powikłań mogących pojawić się w trakcie terapii. Zespół terapeutyczny sprawujący opiekę nad pacjentką ma obowiązek stałego, żmudnego, wymagającego wielkiej delikatności i zrozumienia sytuacji działania w najlepszym interesie kobiety i jej rodziny[1].

Etyka w pracy położnej

Wyznacznikiem właściwego postępowania w pracy położnej są ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodzie pielęgniarki i położnej[2] oraz Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, zawierający zasady pomagające dokonywać słusznych wyborów w pracy zawodowej. Etyka zawodowa jest swoistym fundamentem, na którym zbudowane zostały pielęgniarstwo i położnictwo. Opisywana jest jako uporządkowany logicznie zespół norm, tworzony poprzez konkretyzację i uszczegółowienie ogólnych zasad funkcjonujących w społeczeństwie, dostosowany do specyfiki danego zawodu i wzbogacony o reguły związane z etyką ogólną i istotą działań zawodowych. Ideą etyki zawodowej położnych jest zasada, zgodnie z którą najwyższą wartością jest dobro, życie i zdrowie człowieka[3].

Etyka jest nauką o wyborach, jej przedmiotem są normy, wartości, oceny i zachowania moralne. Nie zmienia ona systemów uznawanych wartości, lecz pozwala je zrozumieć i świadomie uznać, a jej zadaniem jest rozważanie, która spośród możliwych odpowiedzi na zadane pytanie jest słuszna. Zatem etyka zawodów medycznych nie powinna stanowić tylko zbioru teoretycznych wskazówek, lecz musi się stać treścią wewnętrznego przekonania każdej położnej oraz siłą kształtującą jej wzorce moralne, umożliwiające

profesjonalne realizowanie zadań. Celem etyki zawodowej jest sprzyjanie dobremu wykonywaniu zawodu, wzbudzanie zaufania społecznego, wzmacnianie poczucia obowiązku. Normy etyczne wyznaczają kierunek postępowania, pomagają w dokonywaniu wyborów, stanowią punkt odniesienia w ocenie postaw zawodowych personelu położniczego. Głównym powodem powstawania dylematów etycznych jest konflikt moralny pomiędzy prawem pacjenta a powinnością położnej[4].

Zgodnie z regułami Kodeksu etyki zawodowej należy ratować życie każdego człowieka. O etycznej osobliwości specjalności neonatologicznej, z którą spotykają się położne w swojej pracy zawodowej, decydują ograniczone możliwości rekonstruowania interesów pacjentów wynikające z krótkiej przeszłości i częściowej ich dojrzałości oraz spowodowana naturalnymi procesami rozwoju, a także przepisami prawa zmienność ich kompetencji do udziału w decydowaniu o udzieleniu tym pacjentom świadczeń medycznych. Podejmowane decyzje niosą ze sobą odpowiedzialność, a związane z nimi wątpliwości pojawiają się wtedy, gdy wynik leczenia jest niepewny, a samo leczenie może jedynie przedłużać cierpienie[5].

W Polsce prawo do odmowy wykonania zlecenia lekarskiego lub świadczenia zdrowotnego niezgodnego z sumieniem lub posiadanymi kwalifikacjami przez położną zapisane jest zarówno w Kodeksie etyki zawodowej

pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, jak i w ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej. Obejmuje ono prawo położnej do odmowy wykonania zlecenia lekarskiego oraz niewykonania świadczenia niezgodnego z sumieniem i uznawanymi przez nią normami etycznymi. Warunkiem odmowy jest niezwłoczne podanie przełożonemu jej przyczyny na piśmie[6].

Położnictwo jest to zawód szczególny: bycie przy osobie, która się rodzi, rozpoczyna życie, ale też walczy z chorobą, cierpieniem i niejednokrotnie traci nadzieję na zwycięstwo, jest jedną z najtrudniejszych umiejętności. Współczesne położnictwo i jego ciągły rozwój stawia położnym coraz wyższe wymagania, nie tylko w dziedzinie umiejętności i wiedzy, ale także w zakresie postawy etycznej oraz zdolności podejmowania właściwych moralnie decyzji czy rozwiązywania pojawiających się konfliktów wartości i dylematów. Wysoki poziom moralny wpływa na mobilizację do ciągłego doskonalenia nie tylko pod względem wiedzy i umiejętności, ale także w aspekcie emocjonalnym, etycznym i moralnym. Jest gwarantem realizowania możliwie najlepszej opieki, ukierunkowanej na dobro podopiecznego[7].

W pracy położnej zakres pomocy udzielanej pacjentowi powinny wyznaczać nie tylko normy działania wynikające z charakteru tego zawodu, ale też sumienie i wewnętrzne przekonanie. Podczas wykonywania różnorodnych czynności zawodowych każda położna powinna rozpatrywać

swoje postępowanie zarówno w aspekcie organizacyjno-technicznym, jak i etycznym. Za podstawową zasadę etyczną uznano założenie, że człowiek powinien postępować tak, jak sam chciałby, aby inni postępowali wobec niego[8].

Zasady moralne w pracy położnej odgrywają ważną rolę w podejmowaniu właściwych decyzji i ocenie czynów etycznie poprawnych. Istotne zasady etyczne, które powinny towarzyszyć członkom zespołu terapeutycznego, to: dobroczynność, postępowanie zgodnie z zasadami prawa, nieszkodzenie, bezinteresowność, świadomość odpowiedzialności i poufność. Ważną normę etyczną w pracy położnej stanowi zasada autonomii pacjenta, czyli prawo do wyrażania zgody na proponowane leczenie. Kolejne zasady to nieczynienie krzywdy, jak również zasada sprawiedliwości (uczciwości i równości), określająca obowiązek sprawiedliwego i równego rozłożenia ograniczonych możliwości leczniczych w społeczeństwie. Wartości moralne ważne w pracy zawodowej położnej to opanowanie, życzliwość, sprawiedliwość, troska i zainteresowanie[9].

Na członkach zespołu terapeutycznego, w tym na położnych, spoczywa odpowiedzialność i obowiązek moralny opanowania umiejętności praktycznych pomocnych w realizacji opieki na najwyższym poziomie, zgodnie z obowiązującymi procedurami i algorytmami, niezależnie

od osiągniętych efektów, a zdobyte doświadczenie kliniczne umożliwia pomaganie innym pacjentom w przyszłości.

Istotnym elementem właściwej relacji personelu medycznego z pacjentem jest uzyskanie zaufania oraz merytoryczne, prawdziwe, szczere przekazywanie informacji w zakresie diagnozy pielęgniarskiej. Zgodnie z zasadą godności i uczciwości leczenie pacjenta powinno zawsze odbywać się z poszanowaniem jego osoby. Przekazywane informacje muszą być pełne, nie wolno pomijać ważnych faktów[10].

Położna jest kreatorem środowiska opiekuńczego, pielęgnuje, zapewnia bezpieczeństwo psychiczne i edukuje, ponosi także odpowiedzialność za jakość świadczenia[11].

Dylematy etyczno-moralne w pracy położnej

Położne wchodzą w skład zespołu terapeutycznego, który postępuje zgodnie z własnym sumieniem i wyznaczonymi normami etycznymi, opiekując się pacjentką i jej rodziną. Powinny one w swojej pracy ściśle łączyć profesjonalizm zawodowy z etyką zawodową, podnosić swoje kwalifikacje, zachowywać tajemnicę zawodową, respektować prawa pacjenta, szanować jego religię, brać odpowiedzialność za swoje działania. Wiąże się to z koniecznością zmiany podejścia i traktowania pacjenta jako partnera w procesie

leczenia i pielęgnowania. Istotna jest współpraca wszystkich członków zespołu terapeutycznego z uwzględnieniem wymiany informacji i zastosowania zasady konsultacji oraz konstruktywnej komunikacji[12].

Pielęgnowanie to nie tylko przestrzeganie zasad etyki, ale także wykorzystywanie swoich umiejętności i możliwości do zapewnienia poczucia bezpieczeństwa, poszanowania intymności pacjentki, przestrzegania prawa do umierania w spokoju i godności. Realizacja tych założeń jest uzależniona od poziomu etycznego położnych oraz od ich wrażliwości na potrzeby innych, życzliwości, zrozumienia i cierpliwości. Położne w swojej pracy spotykają się z dylematami, które dotyczą m.in. badań prenatalnych, aborcji, eutanazji czy podejmowania czynności reanimacyjnych wobec noworodków mających nikłe szanse przeżycia[13].

Termin „decyzje krytyczne” i pojęcie pacjenta krytycznie chorego mają szerokie znaczenie i odnoszą się do decyzji o wdrażaniu, niepodejmowaniu lub zaprzestaniu leczenia przedłużającego życie. Podejmowanie decyzji krytycznych w położnictwie, a w szczególności w neonatologii, wymaga od lekarzy i położnych nie tylko umiejętności rozmowy z rodzicami noworodka, przekazywania odpowiedniej i zrozumiałej informacji, ale także przekonania o słuszności działania podjętego wobec małego pacjenta. Dodatkowym kontekstem postaw moralnych odnoszących się do neonatologii jest podmiot,

który nie potrafi się bronić sam, nie może też wydawać własnych opinii i brać udziału w debatach bioetycznych dotyczących możliwości własnego przeżycia. Zobowiązuje to personel medyczny do kierowania się najlepiej pojętym interesem najmłodszych pacjentów[14].

Noworodek urodzony na granicy możliwości przeżycia w przypadku działania medycznego nie może być traktowany jak przedmiot. Troska o niego nie powinna być podyktowana jedynie danymi biologicznymi czy wynikami obrazowania, ale musi być uzależniona od jego stanu klinicznego, potencjalnych możliwości i oczekiwań. Położne opiekujące się wcześniakiem, noworodkiem urodzonym na granicy możliwości przeżycia, a także noworodkiem chorym czy z wadami letalnymi często podejmują decyzje dotyczące metod terapeutycznych, uczestniczą w rozmowach, podczas których zespół medyczny decyduje, czy należy podejmować próby leczenia. Pojawiające się wątpliwości związane są z intensywnymi działaniami terapeutycznymi wobec takich dzieci. Należy zastanowić się, czy przynoszą one rzeczywiste korzyści, czy też prowadzą do opóźnienia nieuniknionej śmierci, narażając dziecko na cierpienie[15].

Wraz z rozwojem medycyny systematycznie wzrasta przeżywalność wcześniaków i noworodków z wadami. Natomiast ich rozwój i jakość życia nie są zadowalające, co budzi wiele niepokoju. Częste dylematy etyczne dotyczą decyzji o podjęciu lub zaprzestaniu resuscytacji albo

zaprzestaniu intensywnej opieki i leczenia, a także rozróżnienia uporczywej terapii od eutanazji.

Zagadnienia etyczno-moralne w neonatologii wzbudzają zainteresowanie i emocje. Ratowanie każdego niedojrzałego noworodka rodzi konieczność zadawania bólu, podtrzymywania bolesnego i często nierokującego poprawy życia. Zobowiązuje to personel medyczny do kierowania się najlepiej pojętym interesem małego, bezbronnego pacjenta. Opieka w takim wypadku wymaga pracy wielodyscyplinarnego zespołu, który świadczy nie tylko pomoc medyczną, ale ma na uwadze także spektrum problemów emocjonalnych, duchowych, moralnych i społecznych[16].

Normy i zasady deontologiczne, a także potrzeby rodziców sprawiają, że walka o przeżycie dziecka jest zadaniem samym w sobie. Po osiągnięciu stabilizacji parametrów życiowych i uzyskaniu względnej sprawności na poziomie różnych układów rozważa się prognozy na dalsze życie na poziomie egzystencjalnym, jego jakość oraz potencjalny rozwój.

Zadaniem położnej jest otoczenie profesjonalną opieką nie tylko dziecka, ale i jego rodziców, co pomaga w łagodzeniu negatywnych skutków przedwczesnych narodzin czy choroby dziecka[17].

Komunikacja

Prawidłowa komunikacja jest ważnym ogniwem w budowaniu odpowiedniej relacji między pacjentką a zespołem terapeutycznym. Jest istotna w procesie samoopieki i samopielęgnacji pacjentki, a także przy pokonywaniu bezradności i trudności życia codziennego kobiety na każdym etapie jej życia[18].

Ważnym elementem w życiu każdego człowieka jest możliwość swobodnego i pełnego porozumiewania się. Umiejętność sprawnego komunikowania się odgrywa istotną rolę w kształtowaniu prawidłowych relacji z drugim człowiekiem[19].

Okres ciąży jest szczególnym czasem w życiu kobiety. Moment urodzenia dziecka traktowany jest często jak punkt zwrotny i zmienia dotychczasowe życie kobiety we wszystkich sferach funkcjonowania[20].

Położna, jako profesjonalistka, powinna posiadać umiejętności właściwego przekazywania wiedzy, poglądów, emocji i uczuć oraz odpowiedniej interpretacji wiadomości przesyłanych jej przez pacjentkę, ponieważ rozmowa z ciężarną jest jednym z trudniejszych zadań, jakie mają przed sobą lekarze, pielęgniarki, położne czy rodziny chorych. Efektywność komunikacji zależy od właściwych relacji z podopieczną[21].

Kształtowanie relacji terapeutycznej z ciężarną czy rodzącą oraz jej rodziną jest uzależnione od cech osobowościowych położnej, a także od jej wiedzy i umiejętności w dziedzinie komunikacji, które wpływają na

poprawę jakości usług świadczonych na rzecz podopiecznej i jej rodziny, co zwiększa satysfakcję pacjentek[22].

Komunikacja jest niezbędna do nawiązania prawidłowej relacji między ciężarną a położną i innymi członkami zespołu terapeutycznego sprawującymi opiekę nad kobietą. Jej celem jest wzajemne zrozumienie, kształtowanie właściwych relacji oraz udzielanie skutecznej i fachowej pomocy. Kontakt położnej z pacjentką obejmuje specyficzny stosunek społeczny, mający na celu zaspokajanie potrzeb ważnych dla życia i zdrowia[23].

W okresie ciąży, a także w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia oraz w każdej innej sytuacji wymagającej hospitalizacji, ważne jest nawiązanie szybkiego kontaktu i uzyskanie porozumienia[24].

Komunikacja pomiędzy położną, lekarzem a kobietą ciężarną i rodzącą odbywa się na trzech równorzędnych płaszczyznach, uwzględniając emocje, myśli i słowa. Niedopuszczalna jest dyskryminacja pacjentki ze względu na wiek, rasę, status społeczny czy wykształcenie przez jakichkolwiek członków zespołu terapeutycznego[25].

W komunikowaniu się bardzo ważna jest mowa całego ciała. Najodpowiedniejsza jest postawa otwarta, bez skrzyżowanych rąk czy nóg oraz bez zaciskania dłoni, konieczny jest również ciągły kontakt wzrokowy pacjentki i położnej. Używane do przekazywania informacji słownictwo powinno być dostosowane do kompetencji językowej pacjentki, bez specjalistycznych nazw, zbliżone

raczej do mowy potocznej. Komunikaty należy powtarzać wielokrotnie i upewnić się, że kobieta je rozumie[26].

Mowa powinna być spokojna, nie za szybka oraz płynna. Istotne jest precyzyjne wypowiadanie słów i używanie krótkich jednoznacznych zdań. Nowa sytuacja powinna zostać wcześniej wyjaśniona. Pacjentka musi wiedzieć, jakie badania zostaną wykonane i powinna poznać ich wyniki. Należy pamiętać o stworzeniu takich warunków, aby kobieta wiedziała, co się z nią dzieje lub będzie działo w danym momencie[27].

Ważne jest miejsce i otocznie, w którym odbywa się rozmowa z pacjentką. Trzeba znaleźć cichy i spokojny pokój, zamknąć drzwi oraz okna, wyciszyć telefony. W pomieszczeniu powinni znajdować się tylko uczestnicy rozmowy, niedopuszczalna jest obecność osób trzecich. Zachowanie takich warunków korzystnie wpłynie na efektywność komunikacji oraz skupienie uwagi pacjentki[28].

Położna sprawująca opiekę nad ciężarną powinna swoim zachowaniem dać do zrozumienia, że sprawy dotyczące pacjentki i jej rodziny naprawdę ją interesują. Musi nauczyć się aktywnie słuchać, rozmawiać z całą rodziną, rozwiązywać istniejące problemy oraz udzielać wsparcia[29].

Podsumowanie

Wrażliwość moralna to ważna część cywilizacji i kultury, a respektowanie przyjętych norm etycznych jest wyznacznikiem poprawnych relacji międzyludzkich. Zasady etyczne uwzględniające prawa moralne są niezbędne do odpowiedniego wykonywania zawodu położnej, a ponoszenie odpowiedzialności za pacjenta jest jej najważniejszą powinnością. Etyka jest wpisana w specyfikę tego zawodu. Kontakt z pacjentką, dzieckiem i rodziną wymaga od położnej moralnego postępowania i przestrzegania zasad etycznych w trakcie realizacji procesu pielęgnowania. Położna ponosi odpowiedzialność nie tylko wobec prawa, ale przede wszystkim własnego sumienia. Świadomość, że w swojej pracy zawodowej położne przestrzegają zasad etyki, bez wątpienia podwyższa ocenę tej pracy w oczach społeczeństwa, co z kolei pomaga im chronić prawa pacjentek. Położna napotyka na sytuacje o charakterze konfliktów moralnych, z którymi może sobie radzić dzięki posiadanemu doświadczeniu, wiedzy, odpowiedniej postawie moralnej i umiejętnościom w zakresie komunikacji interpersonalnej. Obecnie położnym stawia się coraz wyższe wymagania profesjonalne, a postęp medycyny rodzi różne dylematy etyczne, co nie zmienia jednak istoty założeń etyki zawodowej i zasady mówiącej, że dobro, życie i zdrowie człowieka są najwyższą wartością[30].

Contemporary ethical challenges in midwive's work

Summary

Midwifery is an art, science and service carried out in accordance with the Polish Code of Professional Ethics. Midwife's contact with a patient, a newborn and its parents requires a model, ethical and professional attitude, a high level of morality, sensitivity and professionalism in performing medical tasks and making decisions. Ethical and moral dilemmas have appeared with the development of midwifery, as a field of medicine and improvement of the effectiveness of medical procedures. Midwife's work requires competence, responsibility and the ability to undertake multidirectional activities in accordance with the obligatory procedures and algorithms. According to the Code of Professional Ethics, a midwife should provide the patient with protection that includes respect for personal dignity, nutrition, care treatment, administration of analgesic and sedative drugs which reduce pain. Ethical requirements impose on the midwife the duty of conscientious, reliable care which is adjusted to patient's needs.

In the midwife's professional work moral conflicts occur. Among the many factors that influence the ability to cope with such circumstances are professional experience, moral attitude, knowledge, skills, constructive communication. This study aims to present communication challenges as well as ethical and moral dilemmas which occur in midwife's work.

Keywords: ethics, moral dilemmas, communication, midwife

DR N. O ZDR. AGNIESZKA SKURZAK,
MGR POŁOŻN. DOMINIKA STOBNICKA,
DR N. O ZDR. MARTA ZARAJCZYK,
DR HAB. N. O ZDR. AGNIESZKA BIEŃ,
DR HAB. N. O ZDR. GRAŻYNA IWANOWICZ-PALUS –

Zakład Podstaw Położnictwa Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Lublinie

1 P. Łuków, *Etyka lekarska w pediatrii*, w: *Etyka medyczna z elementami filozofii*, red. P. Łuków, T. Pasierski, Warszawa 2013, s. 179–191; O. Tybor, *Normy etyczne a rozwój współczesnej medycyny*, „Rynek – Społeczeństwo – Kultura" 2017, t. 2, nr 23, s. 28–31.

2 Tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.

3 A. Nawalana, A. Majda, Ł. Mazur, *Opinie i wiedza studentów pielęgniarstwa na temat kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej*, „Problemy Pielęgniarstwa" 2014, t. 22, nr 3, s. 333–338.

4 P. Łuków, *Etyka lekarska w pediatrii*, dz. cyt., s. 179–191; O. Tybor, *Normy etyczne a rozwój współczesnej medycyny*, dz. cyt., s. 28–31; A. Tałaj, E. Kupcewicz, B. Fischer, *Troska czy miłość miłosierna – etyczne podstawy pracy pielęgniarki*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne" 2012, t. 2, nr 3, s. 227–231.

5 P. Łuków, *Etyka lekarska w pediatrii*, dz. cyt., s. 179–191.

6 B. Dobrowolska, *Sprzeciw sumienia w praktyce pielęgniarki i położnej. Analiza rozwiązań polskich i wybranych rozwiązań europejskich*, „Studia z Prawa Wyznaniowego" 2013, nr 16, s. 249–266.

7 E. Paszkiewicz-Mes, J. Mielczarek, A. Głowacka i in., *Postawy etyczne pielęgniarek pediatrycznych w opinii rodziców dzieci hospitalizowanych*, „Pielęgniarstwo XXI wieku" 2013, t. 2 (43), s. 29–35; A. Pilewska-Kozak, B. Dobrowolska, I. Piasecka i in., *Problemy moralne w opiece nad noworodkiem przedwcześnie urodzonym*, „Problemy Pielęgniarstwa" 2013, t. 21 (4), s. 542–550.

8 P. Łuków, *Etyka lekarska w pediatrii*, dz. cyt., s. 179–191.

9 P. Zurzycka, *Bioetyka a pielęgniarstwo – zarys problematyki*, „Problemy Pielęgniarstwa" 2014, t. 22 (3), s. 395–400.

10 O. Tybor, *Normy etyczne a rozwój współczesnej medycyny*, dz. cyt., s. 28–31.

11 W. Wieczorek, *Moralne dylematy komunikacji w kontekście pediatrycznej opieki pielęgniarskiej w świetle badań rodziców i personelu medycznego*, „Roczniki Nauk o Rodzinie" 2011, z. 3 (58), s. 65–83.

12 A. Pilewska-Kozak, B. Dobrowolska, I. Piasecka i in., *Problemy moralne w opiece nad noworodkiem przedwcześnie urodzonym*, dz. cyt., s. 542–550.

13 *Rekomendacje dotyczące postepowania z matką oraz noworodkiem urodzonym na granicy możliwości przeżycia z uwzględnieniem aspektów etycznych*, red. M. Rutkowska, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia" 2012, t. 5, z. 1, s. 5–13.

14 B. Baranowska, G. Bączek, *Za zasłoną niepewności – o decyzjach bioetycznych w neonatologii*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia" 2012, t. 5, z. 3, s. 144–149.

15 M. Napiórkowska-Orkisz, J. Olszewska, *Etyka w resuscytacji*, „Pielęgniarstwo Polskie" 2017, t. 3 (65), s. 514–517; ciż, *Postawy rodziców i pracowników ochrony zdrowia wobec noworodków urodzonych na granicy zdolności przeżycia*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu" 2017, t. 1 (50), s. 91–96; A. Pilewska-Kozak, B. Dobrowolska, C. Łepecka-Klusek i in., *Postępowanie terapeutyczno-opiekuńcze wobec noworodka na granicy przeżycia w opinii studentów uczelni medycznych*, „Journal of Education, Health and Sport" 2017, vol. 7 (3), s. 258–272.

16 *Rekomendacje dotyczące postepowania z matką oraz noworodkiem urodzonym na granicy możliwości przeżycia z uwzględnieniem aspektów etycznych*, dz. cyt., s. 5–13.

17 Ł. Bieleninik, I. Bidzan, M. Bidzan, *Wcześniactwo a trudne rodzicielstwo w okresie pre- i perinatalnym*, „Annals of Pedagogies" 2013, vol. 5 (41), iss. 3, s. 39–70.

18 A. Czerw, U. Religioni, A. Matuszna i in., *Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych*, „Hygeia Public Health" 2012, vol. 47 (3), s. 247–253.

19 M. Bugajski, *Język w komunikowaniu*, Warszawa 2007, s. 505–521.

20 G. Iwanowicz-Palus, E. Janiuk, G. Stadnicka, *Przygotowanie rodziców do sprawowania opieki i wychowywania dzieci*, w: *Opieka przedkoncepcyjna*, red. G. Stadnicka, Warszawa 2009, s. 181–191.

21 A. Czerw, U. Religioni, A. Matuszna i in., *Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych*, dz. cyt., s. 247–253.

22 J. Janczukowicz, *Empatia jako zasadnicza kompetencja współczesnego lekarza*, „Medycyna po Dyplomie" 2013, nr 10, s. 41–45.

23 B. Mazurkiewicz, *Opieka okołoporodowa nad kobietą niepełnosprawną*, w: *Opieka położnicza nad pacjentkami niepełnosprawnymi*, red. B. Mazurkiewicz, E. Dmoch-Gajzlerska, Warszawa 2012, s. 98–152.

24 G. Iwanowicz-Palus, E. Janiuk, G. Stadnicka, *Przygotowanie rodziców do sprawowania opieki i wychowywania dzieci*, dz. cyt., s. 181–191.

25 M. Kler, *Komunikacja interpersonalna*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej" 2015, nr 11, s. 40–41.

26 M. Nowina Konopka, *Komunikacja lekarz – pacjent. Teoria i praktyka*, Kraków 2016, s. 59–91.

27 P. Woźniak, *Kilka porad do pracy z osobami o uszkodzonym wzroku, słuchu i upośledzeniu umysłowym*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja" 2009, nr 4, s. 89–100.

28 P. Piech, P. Sobierańska, *Komunikacja niewerbalna w relacji lekarz – pacjent*, „Medycyna po Dyplomie" 2014, nr 2, s. 32–36.

29 B. Mazurkiewicz, *Opieka okołoporodowa nad kobietą niepełnosprawną*, dz. cyt., s. 98–152.

30 B. Sokolińska, J. Gotlib, *Ocena poziomu empatii i umiejętności pracy z emocjami wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, lubelskiego i warmińsko-mazurskiego*, „Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia" 2017, nr 4, s. 115–120.

Luiza Nowakowska

Porody domowe jako zjawisko społeczno-kulturowe oraz wyzwanie dla współczesnego położnictwa

Mniej więcej od połowy XX w. zarówno w krajach zachodnich, jak i w Polsce nastąpił powszechny rozwój instytucjonalnej opieki okołoporodowej, a w rezultacie tego procesu obowiązującym modelem położniczym stało się rodzenie w szpitalu w obecności lekarza i położnej, przy wsparciu aparatury medycznej oraz środków farmakologicznych[1]. W konsekwencji poród w domu oraz tradycyjne akuszerstwo zaczęto postrzegać jako relikt przeszłości, a także zagrożenie dla zdrowia i życia matki oraz dziecka[2]. Jednak w wyniku dostrzeżenia pewnych deficytów szpitalnego modelu narodzin idea porodów domowych powraca jako alternatywna forma realizowania „usług porodowych”[3]. Pomimo tego, że odsetek kobiet

decydujących się na takie rozwiązanie jest niewielki (mniej niż 1% porodów w Polsce ma miejsce w domu[4]), zaplanowane rodzenie poza szpitalem zasługuje na bliższą analizę. Kwestia ta nie sprowadza się bowiem wyłącznie do indywidualnych preferencji i motywacji przyszłej matki, ale zawiera się w ramach intensywnej debaty publicznej dotyczącej rozwiązań systemowych w zakresie opieki nad ciężarną i rodzącą, stanowi też kolejną przestrzeń realizacji zawodowej położnych.

Celem poniższych rozważań jest przedstawienie problematyki porodów domowych w Polsce z uwzględnieniem wybranych czynników społeczno-kulturowych, które przyczyniły się do wzrostu zainteresowania zaplanowanym rodzeniem poza szpitalem, oraz jako elementu proponowanych zmian istniejącego systemu opieki okołoporodowej. Temat rodzenia poza szpitalem został potraktowany zatem szeroko – nie tylko jako problem istotny dla osób profesjonalnie zajmujących się opieką nad kobietą rodzącą, ale także jako ważne zjawisko społeczne. W ten sposób zagadnienie to staje się zarówno pretekstem do komentarza na temat ogólnych przemian społecznych, jak i okazją do wielowątkowej refleksji w obszarze współczesnego położnictwa.

Porody domowe jako fenomen społeczno-kulturowy

Dokonując próby identyfikacji procesów społeczno-kulturowych, które sprzyjają wzrostowi zainteresowania alternatywnymi wobec szpitala miejscami porodu (nie tylko) w naszym kraju, należy w pierwszej kolejności zwrócić uwagę na okres transformacji ustrojowej, która przyniosła wiele nowych zjawisk charakterystycznych dla społeczeństw późnej nowoczesności – m.in. pluralizację usług zdrowotnych oraz zachowań związanych ze zdrowiem i chorobą. W wyniku takich przemian „scentralizowany, sformalizowany, zbiurokratyzowany, etatystyczny i w istocie nieefektywny system państwowej służby zdrowia, traci monopol na świadczenia medyczne”[5]. Ta generalna zmiana łączy się ze wzrostem deficytu zaufania społecznego oraz percepcją medycyny jako nie do końca skutecznego narzędzia poprawy sytuacji zdrowotnej. Całość sprzyja narastaniu zainteresowania pozamedycznymi sposobami zaspakajania potrzeb zdrowotnych, a także usamodzielnianiu się pacjenta jako racjonalnego i autonomicznego użytkownika usług medycznych oraz odpowiedzialnego „twórcy” własnego zdrowia[6]. Przemiany te korespondują z charakterystycznym dla późnonowoczesnych warunków indywidualizmem, dekonstrukcją społecznych instytucji, multiplikacją możliwości wyboru, krytycyzmem wobec autorytetów oraz refleksyjnością w kształtowaniu własnej tożsamości[7].

Wymienione trendy manifestują się także w obszarze systemu opieki okołoporodowej – m.in. w postulatach

dowartościowania kobiety rodzącej jako aktywnego podmiotu, zanegowania autorytatywnej pozycji lekarza w relacji do rodzącej czy rezygnacji z koncentrowania „usług porodowych” w szpitalu[8]. Praktyka rodzenia w domu jawi się tutaj jako przykład współczesnej aktywności jednostki, która refleksyjnie odrzuca gotowe, tradycyjne rozwiązania i samodzielnie wypracowuje ścieżki postępowania według indywidualnych potrzeb. Narodziny w domu, jako subiektywnie komponowany projekt oraz emblemat świadomie obranego stylu życia, stają się przejawem etosu samorealizacji w oparciu o kryteria jednostkowych preferencji, odrzuceniem autorytetów zewnętrznych i zdaniem się na kompetentne „ja”[9].

Transformacja ustrojowa była również czasem aktywizacji różnego rodzaju ruchów społecznych, co Anthony Giddens diagnozuje jako „zbiorowe przejmowanie kontroli nad obszarami życia, które uległy represji instytucjonalnej”[10]. Bez wątpienia w Polsce, podobnie jak w innych krajach, powrót idei rodzenia w domu bezpośrednio łączy się z oddolnym zaangażowaniem różnych środowisk w szeroko pojętą demedykalizację istniejącego sytemu opieki położniczej oraz działania na rzecz zdrowia reprodukcyjnego kobiet[11]. Początkiem tej aktywności była podjęta w 1994 r. przez dziennikarzy „Gazety Wyborczej”, miesięcznika „Twoje Dziecko” oraz pracowników Ośrodka Edukacji Ekologicznej „Eko-Oko” akcja „Rodzić po Ludzku”, zachęcającej kobiety do

dzielenia się swoimi doświadczeniami z „porodówek”. Obraz, jaki wyłonił się z tych relacji, przedstawiał się na tyle dramatycznie, że dwa lata później powołano Fundację Rodzić po Ludzku, która do chwili obecnej jest jednym z najważniejszych rzeczników kobiet ciężarnych i matek małych dzieci w Polsce oraz aktywnym promotorem zmian na oddziałach położniczych. W dużej mierze to dzięki jej działalności koncepcja rodzenia poza szpitalem zyskała wielu zwolenników oraz wzrosło ogólnospołeczne i medialne zainteresowanie porodami domowymi w naszym kraju[12].

Idea porodu domowego pojawiła się w dyskursie publicznym także ze względu na rozwój ruchu feministycznego, który w krajach zachodnich jako pierwszy wyraził krytykę „medycznej wersji” położnictwa (lata 60. XX w.)[13]. W Polsce tematyka ta stała się istotnym elementem feministycznej debaty dopiero w latach 90. Podjęto wówczas rozważania nad kontrolą macierzyństwa sprawowaną przez instytucje medyczne, lekarzy, ekspertów zdrowia i polityków, reprezentujących tzw. patriarchalnie zorganizowany porządek społeczny. W narracji tej poród szpitalny jawił się jako symbol męsko-lekarskiej władzy i dominacji, a kontestacja rodzenia w tych warunkach oraz promocja idei macierzyństwa jako doświadczenia upodmiotowiającego stała się realizacją emancypacyjnego wezwania do odzyskania nie tylko praw kobiet do własnego

ciała, ale także pełnego uczestnictwa w życiu społeczno-politycznym[14].

Lata 90. to również okres rozwoju ruchów podnoszących kwestię proekologicznych stylów życia jako istotnej kwestii społecznej[15]. Wątek troski o środowisko naturalne dość wyraźnie zaznacza się w krytycznej wobec „położnictwa szpitalnego" narracji. Ideę ekologicznej równowagi zaczęto bowiem łączyć z życiem prokreacyjnym – zarówno jeśli chodzi o zachowania seksualne, okres okołoporodowy, jak i praktyki opiekuńczo-pielęgnacyjne oraz wychowawcze[16]. Rezygnacja z rodzenia w szpitalu jest w tym kontekście wyborem rozwiązania „bliższego naturze" i manifestacją ograniczania technicznej i farmakologicznej ingerencji do niezbędnego minimum. Wybór porodu domowego jako swego rodzaju strategii życiowej organizowanej wokół zasady „ekologicznej świadomości" oznacza, że respektowanie praw natury utrzymuje się także po narodzinach dziecka, m.in. poprzez unikanie karmienia sztucznym mlekiem, używanie wielorazowych pieluch, organicznych kosmetyków i ubrań, kupowanie ekologicznych zabawek itp. Ogólnie rzecz biorąc, postawa taka „polega na łączeniu troski o dziecko z troską o środowisko naturalne, a także na stosowaniu intuicyjnych, «naturalnych» rozwiązań zarówno w odniesieniu do macierzyństwa *sensu stricto*, jak i szerzej – całego życia codziennego"[17], tworząc budowany na kategorii „natury" coraz bardziej wpływowy system

macierzyńsko-wychowawczy (tzw. ruch naturalnego rodzicielstwa – ang. *eco parenting* oraz rodzicielstwa bliskości – ang. *attachment parenting*)[18].

Wydaje się, że dość istotnym podłożem wzrostu zainteresowania porodami pozaszpitalnymi jest także swego rodzaju odrodzenie duchowości, charakterystyczne dla społeczeństw późnej fazy nowoczesności[19]. Należałoby w tym kontekście zwrócić uwagę zwłaszcza na elementy filozofii New Age z jej negacją dualistycznej koncepcji natury człowieka[20] oraz eksponowaniem holistycznej wizji świata, „która uzupełnia ogląd rozumowy intuicją, poznaniem mistycznym, która dowartościowuje parapsychologiczne właściwości umysłu oraz cielesność w relacjach ze sferą sakralną”[21].

Eksponowanie duchowego aspektu natury człowieka koresponduje z argumentacją zwolenników rodzenia poza szpitalem, którzy podkreślają, że odbycie porodu w domu umożliwia przeżywanie narodzin jako fundamentalnego wydarzenia współtworzącego tożsamość oraz stanowi źródło niezapomnianych doznań duchowo-mistycznych[22]. Co ciekawe, w warunkach polskich ten aspekt przeżywania porodu i narodzin łączy się nie tylko z duchowością New Age, ale także z wiarą katolicką. Sprzyja temu przychylne wobec porodów domowych stanowisko Kościoła katolickiego, zdaniem którego „idea porodu domowego jest jednym z doświadczeń osadzonych w «szkole bogatszego człowieczeństwa»”[23], a ponadto czynnikiem integrującym

współczesną rodzinę, warunkiem prawidłowego rozwoju duchowego dziecka oraz afirmacją aktu stwórczego dokonanego przez Boga[24]. Idea porodów domowych łączona jest z personalistyczną antropologią Jana Pawła II i poruszanym przez niego wątkiem jedności ducha i ciała. Kondycja duchowa człowieka z tej perspektywy miałaby zależeć od warunków i jakości narodzin, a także postaw duchowych osób towarzyszących temu wydarzeniu, narodziny postrzegane są bowiem jako misterium stwarzania człowieka i kontynuacja aktu odradzania się świata, otwarcie na działanie Absolutu, obcowanie z pozarozumową rzeczywistością, przekroczenie ziemskiego i cielesnego wymiaru. Taka wizja zakłada poczynienie przez rodzącą i jej otoczenie odpowiednich duchowych przygotowań, takich jak uczestnictwo w pielgrzymkach, Eucharystii i innych sakramentach, indywidualna modlitwa, ofiarowanie mającego narodzić się dziecka Bogu. Przeżywanie porodu w warunkach domowych ma ułatwić docieranie do „duchowego pierwiastka” i „uwzniośla ć” to doświadczenie[25].

Porody domowe jako wyzwanie dla współczesnego położnictwa

Rodzenie w domu stanowi nie tylko ciekawy fenomen społeczno-kulturowy, ale także istotny aspekt toczącej się

we współczesnym położnictwie debaty nad właściwym kształtem opieki okołoporodowej. Ogólnie rzecz biorąc, debata ta oscyluje między światem medycyny (dynamicznie rozwijającą się wiedzą medyczną, postępem w zakresie metod diagnostyczno-terapeutycznych czy ekspansją przemysłu farmaceutycznego) a rosnącą świadomością konieczności respektowania ciąży, porodu i połogu jako zjawisk fizjologicznych (naturalnych)[26]. Jak przekonuje Peter Conrad, w konfrontacji tej mamy do czynienia z nierównowagą sił: o ile dyskurs medyczny zajmuje mocno ugruntowaną pozycję w systemie opieki zdrowotnej oraz świadomości społecznej, o tyle działający oddolnie jego krytycy, mimo że stanowią środowisko dynamicznie się rozwijające, są rozproszeni i nie dysponują większym zapleczem politycznym czy instytucjonalnym[27]. Ponownie odnajdujemy w tej diagnozie wątek oddolnej krytyki nadmiernego umedycznienia narodzin oraz trwającej przynajmniej od połowy XX w. intensywniej hospitalizacji porodów.

Według zwolenników „naturalnego” rodzenia koncentracja „usług porodowych” w szpitalu nie zaspokaja w pełni wszystkich potrzeb kobiet rodzących oraz nie gwarantuje satysfakcjonującego ani nawet w pełni bezpiecznego porodu. Co więcej, wiąże się on z dużymi kosztami psychicznymi, ekonomicznymi, społecznymi, a nawet zdrowotnymi. Taka ocena stała się podstawą jednoznacznie brzmiącej tezy o kryzysie narodzin we

współczesnej kulturze zachodniej[28], którego przejawem są m.in.: stosowanie nieuzasadnionych interwencji medycznych (np. rutynowe cięcia cesarskie, przebijanie pęcherza płodowego, nacinanie krocza, stałe elektroniczne monitorowanie płodu), nadużywanie środków farmakologicznych, wymuszanie pozycji horyzontalnej, ograniczanie możliwości poruszania się oraz jedzenia i picia w trakcie porodu, separacja rodzącej od rodziny, oddzielenie matki od dziecka tuż po porodzie, opóźnianie i utrudnianie pierwszego spontanicznego karmienia piersią, nieinformowanie o niekorzystnych skutkach metod położniczych, prymat wymogów instytucjonalnych wobec potrzeb psychospołecznych matki i dziecka, a także sugerowanie, że szpital jest jedynym w pełni bezpiecznym miejscem rodzenia[29].

Jak przekonują krytycy „szpitalnego modelu narodzin", powyższe nadużycia wynikają z uznania medycyny za jedyną autorytatywną wykładnię tego, czym jest (lub powinno być) rodzenie dziecka i jaki jest poprawny sposób postępowania w okresie ciąży, porodu i połogu. Rezultatem dominacji medycznej perspektywy miałoby być uznanie narodzin za sekwencję rozgrywających się w szpitalnej scenerii procedur oraz upowszechnienie wizji porodu jako stanu szczególnego ryzyka, a rodzącą sprowadzono do roli biernej pacjentki dostosowującej się do czynności i zaleceń personelu. Istotnym aspektem krytyki „szpitalno-medycznego" modelu położniczego stało się również

przyjęcie milczącego założenia, że dziecko jest bytem oddzielnym od matki, stąd jego potrzeby nie są tożsame z potrzebami rodzącej. W praktyce oznacza to eksponowanie medycznych metod ich zaspokajania (testów, pomiarów, badań itp.) kosztem budowania istotnej, także ze zdrowotnego punktu widzenia, więzi z matką. Interpretacja rodzenia wyłącznie jako przypadku medycznego doprowadziła w przekonaniu jej krytyków do marginalizacji postrzegania porodu jako doświadczenia pozytywnego – wzbogacającego rytuału przejścia na nowy poziom tożsamościowego funkcjonowania[30].

W zaprezentowanej debacie momentem przełomowym była konferencja WHO w Fortalezie w 1985 r., podczas której sformułowano liczne zalecenia mające doprowadzić do szeroko rozumianej humanizacji narodzin, m.in. poprzez:

- udostępnienie informacji o formach pomocy okołoporodowej, standardach szpitala oraz preferowanych praktykach położniczych,
- zaniechanie sztucznego wywoływania porodu bez istotnych wskazań lekarskich,
- porzucenie praktyki rutynowego sztucznego przebijania pęcherza płodowego,
- stosowane elektronicznego monitorowania płodu tylko w uzasadnionych przypadkach,
- unikanie rutynowej epizjotomii,
- niezmuszanie kobiety do leżenia w okresie rozwierania,
- uznanie prawa kobiety do wyboru pozycji rodzenia,

- unikanie powszechnego stosowania środków znieczulających i przeciwbólowych,
- ograniczenie cięć cesarskich,
- zwalczanie mitu, że po cesarskim cięciu nie jest możliwy poród siłami natury,
- zapewnienie warunków do natychmiastowego karmienia piersią,
- ułatwianie przebywania razem matki i noworodka,
- monitorowanie przez organy rządowe nowych leków i nowoczesnych technologii proponowanych do użycia w czasie porodu pod względem ich efektywności i bezpieczeństwa oraz udostępnianie wyników badań specjalistom i całej społeczności[31].

Uświadomienie sobie konieczności wprowadzania konkretnych zmian w zakresie stosowanych praktyk położniczych z czasem zaczęło się łączyć ze świadomością potrzeby reorganizacji istniejącego systemu opieki okołoporodowej. Istotnym aspektem proponowanych reform stało się wezwanie do wzmocnienia autonomii zawodowej położnych[32], także w postaci niezależnej praktyki w domach narodzin czy domu rodzącej. Postulat ten poparła WHO, rekomendując prawną regulację porodów domowych, tak by stanowiły one integralny element opieki i opcję świadomego wyboru kobiet planujących macierzyństwo[33]. Instytucja ta zaleca także zastąpienie indywidualnego nadzoru lekarsko-szpitalnego systemem powszechnym, zakotwiczonym w społeczności lokalnej.

Oznacza to, że wszystkie ciężarne, nie tylko te z grupy ryzyka, powinny zostać objęte opieką zdecentralizowaną, respektującą warunki społeczno-kulturowe, opartą na wizji porodu jako głównego punktu życia rodziny. Usługi te miałyby być świadczone przede wszystkim przez położne w oddziałach położniczych lub ośrodkach pozaszpitalnych – kombinacji niezmedykalizowanej, ale profesjonalnej opieki, kompatybilnej ze strukturą wyższego rzędu opartą głównie na działalności ginekologów-położników i pediatrów, reagującą na problemy, które nie mogły być rozwiązane na poziomie podstawowym[34].

Nietrudno zauważyć, że proponowane zmiany systemowe łączą się z dowartościowaniem zawodu położnej, przede wszystkim w kontekście jej samodzielności i autonomii. Ustanowienie położnej filarem zdecentralizowanej i zdemedykalizowanej opieki nad kobietą ciężarną i rodzącą dokonane zostało w oparciu o rezultaty licznych badań potwierdzających m.in. wysoki poziom bezpieczeństwa oferowanych przez położne pozaszpitalnych usług w postaci porodu domowego[35].

Opisane rekomendacje stworzyły podatny grunt dla rozwoju idei porodów domowych, w rezultacie czego rozwiązanie to przestaje być jednoznacznie postrzegane jako relikt przeszłości czy brak odpowiedzialności. Należy jednak przyznać, że wprowadzanie w życie proponowanych zmian nie przebiega bez trudności i kontrowersji. Wydaje się, że trafną diagnozą stanu toczącej się we współczesnym

położnictwie debaty jest stwierdzenie Adrienne Rich: „Istnieje (…) napięcie pomiędzy systemem starych idei (…), który posiada mocne oparcie w nagromadzonych pokładach zwyczaju, tradycji, pieniędzy i stojących za nimi instytucji, oraz pojawiającym się zlepkiem idei pełnych energii, ale jak dotąd (…) zdecentralizowanych, anarchistycznych, stale atakowanych, a jednak silnie wyrażających się w działaniu”[36].

Zakończenie

Powyżej przedstawiono zagadnienie porodów domowych jako konsekwencję splotu pewnych trendów społeczno-kulturowych, które nie tylko mają swoje praktyczne implikacje w postaci rezygnacji z rodzenia w szpitalu, ale także ukazują nowe spektrum zachowań osób korzystających z usług zdrowotnych oraz wprowadzają nowe treści i rozwiązania w istniejącym systemie medycznym. Prezentacja szerszego kontekstu problematyki porodów domowych pozwala lepiej zrozumieć decyzje kobiet i osób profesjonalnie zaangażowanych w tego typu działalność (położnych), które często postrzegane są jako nieracjonalny wybór wąskiej grupy ekscentryków.

Analiza porodów domowych została przeprowadzona również na bardziej podstawowym poziomie, w powiązaniu z wypływającą z wielu środowisk krytyczną weryfikacją

powszechnego w większości krajów rozwiniętych systemu opieki położniczej bazującej na instytucji szpitala oraz kluczowej roli lekarza. Z tej perspektywy porody domowe stanowią istotne zagadnienie we współczesnym dyskursie położniczym, jako model nowego rozwiązania systemowego respektującego złożone potrzeby kobiet rodzących oraz ukierunkowanego na promocję „bardziej naturalnych" narodzin, ale także jako kolejna propozycja zawodowej realizacji i profesjonalnego rozwoju położnych.

Home births as a socio-cultural phenomenon and challenge for contemporary obstetrics

Summary

The aim of the paper is to present home births in Poland, taking into account selected socio-cultural factors that have contributed to the growing interest in planned childbirth outside the hospital institution in contemporary societies. Attention was paid to the time of political transformation in Poland as a moment of "activation" of many changes, among others: growing critical assessments of the medical system and the independence of patients, developing new social movements, including feminist, pro-ecological or parental movement. Another aspect of the problem is to present home births as an element of debates around the optimal shape of perinatal care. Giving birth outside the hospital is, in this context, a proposal for a systemic change leading to an interpretation of pregnancy, birth and postpartum as natural phenomena. At the same time, this topic has contributed to the discussion on the role and identity of the midwife profession. To sum

up, the phenomenon of home births has been treated in the article broadly, not only as an issue important for people professionally involved in the care of a woman who gives birth, but also as a significant social phenomenon. From this point of view, giving birth outside the hospital becomes a pretext for a commentary on the specifics of general social changes, as well as an opportunity for a multi-threaded reflection in the area of contemporary obstetrics.

Keywords: home delivery, obstetrics, perinatal care

DR N. SPOŁ. LUIZA NOWAKOWSKA –
Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

---

1 M.F. MacDorman, E. Declercq, T.J. Mathews, *United States home births increase 20 percent from 2004 to 2008*, „Birth Issues in Perinatal Care" 2011, vol. 38 (3), s. 185–190; M. Dziedzic, D. Matuszyk, B. Prażmowska, *Poród domowy w opinii położnych*, „Problemy Pielęgniarstwa" 2011, vol. 19 (2), s. 153–161; K. Coxon, J. Sandall, N.J. Fulop, *To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions*, „Health, Risk & Society" 2014, vol. 16 (1), s. 51–67.

2 A. Rich, *Zrodzone z kobiety. Macierzyństwo jako doświadczenie i instytucja*, tłum. J. Mizielińska, Warszawa 2000, s. 191–224.

3 Omawiając zjawisko porodów domowych, mam na myśli zaplanowane rodzenie w domu z asystą wykwalifikowanej położnej. Świadczenie takiej usługi w Polsce umożliwiło przede wszystkim rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1100 ze zm.), na mocy którego przyznano kobietom prawo wyboru miejsca porodu oraz wskazano dom rodzącej jako odpowiednie do tego miejsce. Ponadto ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn. Dz.

U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.) nie zakazuje położnym realizowania wymienionych w dokumencie czynności poza instytucją szpitala.

4 U. Domańska, R. Ossowski, B. Ciżkowicz, *Psychological and socio-demographic correlates of women's decisions to give birth at home*, „Health Psychology Report" 2014, vol. 2 (3), s. 198.

5 W. Piątkowski, *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność*, Lublin 2008, s. 10.

6 Tamże; A. Ostrowska, *Modele relacji pacjent – lekarz*, w: *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, red. A. Ostrowska, Warszawa, 2009, s. 255–256.

7 A. Giddens, *Nowoczesność i tożsamość*, tłum. A. Szulżycka, Warszawa 2010, s. 11–16.

8 L. Purdy, *Medicalization, medical necessity, and feminist medicine*, „Bioethics" 2001, vol. 15 (3), s. 248–261.

9 A. Giddens, *Nowoczesność i tożsamość*, dz. cyt., s. 107–114.

10 Tamże, s. 277.

11 M. Nowakowski, *Medykalizacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdezorganizowanego*, Lublin 2015, s. 100–101; M.J. Cheyney, *Homebirth as systems – challenging praxis: knowledge, power, and intimacy in birthplace*, „Qualitative Health Research" 2008, vol. 18 (2), s. 255; L. Purdy, *Medicalization, medical necessity, and feminist medicine*, dz. cyt., s. 248–261.

12 M. Gajewska, P. Pawliszak, *Ukryte i refleksyjne znaczenia selekcji ryzyk i konstruowania kobiecej cielesności w polu położniczym i okołoporodowym w Polsce*, w: *Społeczne, kulturowe i polityczne uwarunkowania ryzyka zdrowotnego*, red. M. Gałuszka, M. Wieczorkowska, Łódź 2012, s. 177–195.

13 A. Rich, *Zrodzone z kobiety*, dz. cyt., s. 12.

14 A. Rich, *Zrodzone z kobiety*, dz. cyt., s. 225–260; A.E. Kinser, *Negotiating spaces for/through third-wave feminism*, „The National Women's Studies Association" 2004, vol. 16 (3), s. 138; D. Kornas-Biela, *Psychologiczny kontekst rodzenia w domu*, w: *Dlaczego rodzić w domu? Poród domowy w perspektywie interdyscyplinarnej*, red. M.Z. Stepulak, A. Irzmańska-Hudziak, J. Płońska, Lublin 2011, s. 179–180.

15 W. Piątkowski, *Lecznictwo niemedyczne w Polsce*, dz. cyt., s. 13–14.

16 D. Kornas-Biela, *Psychologiczny kontekst rodzenia w domu*, dz. cyt., s. 180; W. Fijałkowski, *Ekologia rodziny. Ekologiczna odnowa prokreacji*, Kraków 2001.

17 I. Bojadżijewa, *Ekologiczne macierzyństwo – być matką w dobie postmaterialistycznego społeczeństwa ryzyka*, „Palimpsest" 2013, nr 4, s. 1.

18 M. Król-Szczepkowska, *Romantyczna wizja narodzin w perspektywie rozwoju nowych technologii reprodukcyjnych*, Warszawa 2014, s. 151.

19 A. Giddens, *Nowoczesność i tożsamość*, dz. cyt., s. 276.

20 D. Hall, *New Age w Polsce. Lokalny wymiar globalnego zjawiska*, Warszawa 2007, s. 18.

21 Tamże, s. 85.

22 Na polskim rynku wydawniczym pojawia się coraz więcej literatury opisującej ciążę i poród właśnie jako doświadczenie tego typu, zob. A. Nasiłowska, *Księga początku*, Warszawa 2002; D. Kornas-Biela, *Psychologiczny kontekst rodzenia w domu*, dz. cyt.; J. Kalyta, *Położna. 3550 cudów narodzin*, Kraków 2014.

23 M.Z. Stepulak, *Społeczny i etyczny wymiar porodu domowego*, w: *Dlaczego rodzić w domu?*, dz. cyt., s. 203.

24 Zob. np. M.Z. Stepulak, A. Irzmańska-Hudziak, J. Płońska, *Porody domowe – wprowadzenie w problematykę*, w: *Dlaczego rodzić w domu?*, dz. cyt., s. 9–11.

25 M. Chmielewski, *Postawy duchowe osób towarzyszących kobiecie rodzącej w domu*, w: *Dlaczego rodzić w domu?*, dz. cyt., s. 37–45.

26 W literaturze mówi się o współwystępowaniu dwóch konkurencyjnych modeli opieki okołoporodowej, którym nadawane są różne określenia: zmedykalizowany *versus* zdemedykalizowany (zob. np. S.P. Calnan, *The medicalization of birth and its effects on women's perceptions of birth*, Tufts University 2012), medyczny *versus* położniczy, technokratyczny *versus* holistyczny, a także poród przygotowany *versus* naturalny (A. Doroszewska, *Społeczne role położnych. Analiza zawodu położnej z perspektywy socjologii zawodów medycznych*, Warszawa 2015, s. 34).

27 P. Conrad, *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*, Baltimore 2007, s. 157.

28 Zob. m.in.: S.P. Calnan, *The medicalization of birth and its effects on women's perceptions of birth*, dz. cyt.; S. Fordham, *Women's views of the place of confinement*, „British Journal of General Practice" 1997, vol. 47 (415), s. 77–81; S. Kitzinger, *Kryzys narodzin*, tłum. A. Banaś, P. Banaś, A. Weseli, Warszawa

2011; K. Reiger, R. Dempsey, *Performing birth in a culture of fear: an embodied crisis of late modernity*, „Health Sociology Review" 2006, vol. 15 (4), s. 364–373; J.C.A. Shaw, *The medicalization of birth and midwifery as resistance*, „Health Care for Women International" 2013, vol. 34 (6); E.C. Newnham, *Birth control: power/knowledge in the politics of birth*, „Health Sociology Review" 2014, vol. 23 (3), s. 254–268.

29 A. Rich, *Zrodzone z kobiety*, dz. cyt., s. 225–260; D. Kornas-Biela, *Wokół początku życia ludzkiego*, Warszawa 2004, s. 119–121; U. Domańska, *Medykalizacja i demedykalizacja macierzyństwa*, w: *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, red. W. Piątkowski, W.A. Brodniak, Tyczyn 2005, s. 315–319; R. Davis-Floyd, *The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth*, „International Journal of Gynecology and Obstetrics" 2001, vol. 75, Supplement no. 1, s. 5–23.

30 A. Rich, *Zrodzone z kobiety*, dz. cyt., 225–260; K. Coxon, J. Sandall, N.J. Fulop, *To what extent are women free to choose where to give birth?*, dz. cyt., s. 51–52; R. Davis-Floyd, *The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth*, dz. cyt., s. 5–23, za: A. Doroszewska, *Społeczne role położnych*, dz. cyt., s. 28; S. Fordham, *Women's views of the place of confinement*, dz. cyt., s. 77.

31 D. Kornas-Biela, *Wokół początku życia ludzkiego*, dz. cyt., s. 119–121.

32 J.C.A. Shaw, *The medicalization of birth and midwifery as resistance*, dz. cyt., s. 522–536.

33 *Care in normal birth: a practical guide*, Report of a Technical Working Group, WHO/FRH/MSM/96.24, The World Health Organization 1997, s. 10–11.

34 *Make every mother and child count*, The World Health Organization 2005, s. 69–73.

35 M.F. MacDorman, G. Singh, *Midwifery care, social and medical risk factors, and birth outcomes in the USA*, „Journal of Epidemiology and Community Health" 1998, vol. 52, s. 310–317; S. Brown, D. Grimes, *A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care*, „Nursing Research" 1995, vol. 44 (6), s. 332–339; P.A. Janssen, C. Mitton, J. Aghajanian, *Costs of planned home vs. hospital birth in British Columbia attended by registered midwives and physicians*, „PLOS ONE" 2015, vol. 10 (7), s. 1–11.

36 A. Rich, *Zrodzone z kobiety*, dz. cyt., s. 9.

Spis nazwisk występujących w książce

Abbott Lisa M.
Abdelmaksoud Rania
Abella Manolo
Ackery Alun
Adelman Toby
Aghajanian Jaafar
Ahmadi Omid
Albińska Ewa
Alta Charo R.
Amoafo Emma
Anczyk Edmund
Andrejuk Katarzyna
Andruszkiewicz Anna
Asl-Aminabadi Naser
Au Bryan
Augustyniuk Katarzyna
Auta Asa
Azizkhani Reza

Babbott Stewart
Badowska Sylwia
Bailey-Wheeler Janel
Bakker Arnold B.
Banaszczyk Zbigniew
Banaszkiewicz Mariola
Banaś Anna
Banaś Piotr
Bańka Augustyn
Baran Paulina
Baranowska Barbara

Baranowska Justyna
Baranowski Szymon
Baresi Lisa
Barone Joseph
Barr Paul J.
Basravi Monem
Baszak Ewa
Bauer Jan
Bączek Grażyna
Bąk Sylwia
Becker Howard S.
Bernburg Monika
Bergmann Jean-François
Besinque Kathleen
Bhatia Ashish C.
Bhattacharya Surajit
Białoszewski Dariusz
Bidzan Ilona
Bidzan Mariola
Bielecki Wojciech
Bieleninik Łucja
Biegański Władysław
Bień Agnieszka
Biggs Quinn M.
Binkowska-Bury Monika
Bissell Paul
Bledsoe Sarah E.
Bloom Samuel
Błędowski Piotr
Boćkowska Helena
Bojadżijewa Iwona
Bonasia Kyra

Bosek Leszek
Breczko Sylwia
Bridgeman Mary Barna
Bridgeman Patrick J.
Brodie Nolan
Brodniak Włodzimierz A.
Brown Craig
Brown Grattan T.
Brown Janie A.
Brown Roger
Brown Sharon A.
Brueggmann Doerthe
Brzeziński Tadeusz
Bogaczyk Gabriela
Boudreau J. Donald
Bugajski Marian
Butrym Zofia
Busse Grażyna
Bülbül Murat
Bylok Felicjan

Caban Łukasz
Callen Jeffrey P.
Calnan Stephanie P.
Cang-Wong Celeste
Card Robert F.
Carmel Sara
Carver Charles
Castaldo Mary
Cianciara Dorota
Cieśla Łukasz
Cieślak-Wróblewska Anna

Ciszak Przemysław
Ciżkowicz Barbara
Charalambous Andreas
Cheyney Melissa J.
Chmielewski Marek
Christiaens Thierry
Chung Frances
Cloninger C. Robert
Cockerham William C.
Cohen Sheldon
Conrad Peter
Cook Rebecca J.
Cooper Alexandra
Cooper Cary L.
Cooper Richard J.
Corsino de Paiva Lucila
Corsino de Paiva China Eneluzia Lavynnya
Cottrell Steve
Coxon Kirstie
Crinson Iain
Cruess Richard L.
Cruess Sylvia R.
Csorba Helena
Curlin Farr A.
Curyło Mateusz
Cybulska Agnieszka
Czerwiakowski Ryszard
Czerwińska-Osipiak Agnieszka

Damps-Konstańska Iwona
Davis-Floyd Robbie
De Bolle Leen

Declercq Eugene
Dempsey Rhea
Dercz Maciej
Diallo Khassoum
Dickens Bernard M.
Dmoch-Gajzlerska Ewa
Dobrowolska Beata
Domańska Urszula
Domański Henryk
Doroszewska Antonina
Dove Phillip
Drozd Mariola
Drygas Aleksander
Dumont Jean Christophe
Durlej-Kot Sylwia
Duval Elizabeth R.
Dymerska Monika
Dzięcielska-Machnikowska Stefania
Dziedzic Małgorzata

Ekenga Vincent
Eley Diann S.
Elling Ray H.
Elliott Rohan A.
El-Masry Ragaa
El Metainy Shahira
Elwyn Glyn
Emanuel Ezekiel
Emanuel Linda
Engelbrecht Sunniva
Enzmann Dirk
Etemad Lida R.

Fijałkowski Włodzimierz
Fischer Beata
Fiutak Agnieszka
Florczak-Wątor Monika
Fordham Simon
Formański Jacek
Fountoulakis Stelios
Frank Elena
Fras Mariusz
Freidson Eliot
Fredrick Nonso Ch.
Fulop Naomi J.
Fuss Isabelle

Gaither Caroline A.
Gajewska Danuta
Gajewska Magdalena
Galewicz Włodzimierz
Galston William A.
Gałązkowski Robert
Gałkowski Jerzy
Gałuszka Mieczysław
Ganzini Linda
Gawande Atul
Gaweł Bartłomiej
Gaweł Genowefa
Geer Blanche
Ghali William
Gibbs Emma
Giddens Anthony
Girault Noelle

Głowacka Agnieszka
Głusiec Waldemar
Golonka Ewa
Gomes Canário Ana Carla
Goniewicz Mariusz
Goodman Steffie
Goryński Paweł
Gościniewicz Piotr
Gotlib Joanna
Górski Stanisław
Grande Stuart W.
Greer Blanche
Grębski Tomasz
Grima Michael Harry
Grimes Deanna E.
Groneberg David Alexander
Grosse Frie Kirstin
Grote Nancy K.
Gruszka Aleksandra
Gryka Malwina
Gryz Krzysztof
Grześkowiak Alicja
Guille Constance
Gutkowska Krystyna

Habdas Magdalena
Hafferty Frederic W.
Hall Dorota
Hasselhorn Hans-Martin
Hay Joel W.
Hanbali Naser
Hanc Jakub

Harris Lisa H.
Healy Christine M.
Heerkens Yvonne
Henderson Lawrence
Hendriks Erik
Heszen-Niejodek Irena
Hirszel Krzysztof
Hirvonen Jouni
Hobfoll Stevan E.
Hofmann Stefan G.
Hołówka Jacek
Hood Catherine A.
Hoogduin Kees
Hope Tony
Horton Richard
Hoti Kreshnik
Huang Ching-Ya
Hughes Everett C.
Hughes Jeffery
Hwang Suein

Illich Ivan
Irzmańska-Hudziak Anna
Iskierski Janusz
Iwanowicz-Palus Grażyna

Jacek Anna
Jackson Susan E.
Jacobson Edmund
Jacyszyn Jerzy
Janczukowicz Janusz
Janiszewska Beata

Janiuk Ewa
Janowicz Anna
Janssen Patricia
Januszewicz Paweł
Javanbakht Arash
Jędrkiewicz Hanna
Jędrychowski Wiesław
Johnson Robert L.
Jokinen Johanna
Jośko Jadwiga
Jurczak Anna
Jurczyk Witold
Juszczyk Grzegorz

Kabat Zbigniew
Kacmajor Magdalena
Kaczmarczyk Michał
Kaczmarczyk Paweł
Kalyta Jeannette
Kamarck Tom
Kantowicz Ewa
Karasiówna Zofia
Karkowska Dorota
Karlsson Jenny
Karwat Irena Dorota
Karwowska Dorota
Karyś Jolanta
Karyś Tomasz
Kasperczyk Janusz
Kautsch Marcin
Kawałek Kinga
Kawczyńska-Butrym Zofia

Kelly Kimberly S.
Kemper Kathi J.
Kendall Patricia
Kędziora-Kornatowska Kornelia
Kęszycka Paulina
Kinser Amber E.
Kitzinger Sheila
Klein Jens
Kler Mariola
Klimek Wiktoria
Kłapa Zofia
Kłusek Paweł
Knesebeck Olaf von dem
Konieczny Jerzy
Kopański Zbigniew
Kopeć Marcin
Korczyński Stanisław
Korda Aleksandra
Kornas-Biela Dorota
Kosiński Stanisław
Kosowicz Agnieszka
Kostka Anna
Kowalska Karolina
Kozłowska-Wojciechowska Małgorzata
Kranke Peter
Krankowska Dagny
Krasnowolski Andrzej
Król-Szczepkowska Marta
Krymska Bożena
Krysa Justyna
Krzemińska Sylwia
Księżak Paweł

Kuchta Jakub
Kumar Shailesh
Kunde Lauren
Kupcewicz Ewa
Kurczewski Jacek
Kuropaś Daniel
Kusińska Alicja
Kuśpit Małgorzata
Kwiatkowska Walentyna
Kwilecki Andrzej

Läärä Esa
Landau Sharon
LaPrade Robert F.
Latosińska Magdalena
Latoszek Marek
Lawrence Ryan E.
Lazarus Richard
Lee Eun-Kyoung Othelia
Lee I-Min
Lee Melinda A.
Leininger Madeleine
Lemaire Jane
Leszczyński Piotr
Leśniewski Bartłomiej
Leśniowska Joanna
Le Var Rita M.H.
Leonardo da Vinci
Liberzon Israel
Lin Shu-Ling
Lindeman Sari
Litman Jordan A.

Łabno-Jabłońska Anna
Łakomski Mateusz
Łaska-Formejster Alicja
Ławniczak-Lehmann Magdalena
Łaziuk Beata
Łepecka-Klusek Celina
Łuków Paweł

MacDorman Marian F.
Mache Stefanie
Magnusson Roger S.
Magowska Anita
Majchrowska Anita
Majda Anna
Mahan John D.
Makulec Agnieszka
Małecki Łukasz
Mappes Thomas A.
Marciniak Jacek
Marczewski Krzysztof
Markowski Krzysztof
Martin Philip
Maslach Christina
Maniszewski K.
Manwell Linda Baier
Matuszewska Eleonora
Matuszna Aneta
Matuszyk Dorota
Matysiak Agata
Mazur Łucja
Mazurkiewicz Barbara

McCann Vivian
McGowan Brian
McFarland Marilyn
McKay Michael F.
McMeniman Erin
McMurtie C. Douglas
Meijer Peter-Paul de
Mehuys Els
Mełgieś Katarzyna
Mermelstein Robin
Merton Robert K.
Mezglewski Artur
Miaskowska-Daszkiewicz Katarzyna
Michalik Anna
Midgley Elizabeth
Mielczarek Jadwiga
Mikołajewska Emilia
Mikos Marcin
Mitton Craig
Mizielińska Joanna
Moschis George P.
Mossakowska Małgorzata
Mumford Emily
Murphy Susan
Musiał Zofia
Myszkowska-Ryciak Joanna

Nagórska Małgorzata
Nair Akshay G.
Najafpour Ebrahim
Napiórkowska-Orkisz Magdalena
Nasiłowska Anna

Nawalana Anna
Nawrot Oktawian
Nelson Heidi D.
Nettleton Sarah
Newnham Elizabeth
Nosowska Kazimiera
Nowak Stefan
Nowakowska Luiza
Nowakowski Brunon
Nowakowski Michał
Nowicki Grzegorz
Nowina Konopka Maria
Nowomiejski Jan
Nübling Matthias
Nuroloyuni Sara
Nwodim Chinyere

Ogórek-Tęcza Beata
Oh Hyeyoung
Olson Kayloni
Olszewska Jolanta Maria
Olszówka Marcin
Oostendorp Rob
Ordon Marta
Orr Robert D.
Orzechowska Grażyna
Ossowski Roman
Ostrowska Antonina

Paciorek Przemysław
Palacios-González César
Pankiewicz Olgierd

Panufnik Krzysztof
Parker Malcolm
Parsons Talcott
Parużyńska Karina
Pasierski Tomasz
Paszkiewicz-Mes Emilia
Patel Anjuli
Patrick Donald L.
Pawlikowski Jakub
Pawliszak Piotr
Pawłowicz Jacek J.
Payne Roy
Piasecka Iga
Piątkowski Włodzimierz
Piech Przemysław
Piecuch Anna
Piegat-Kaczmarczyk Marta
Pierścionek Zdzisław
Pikoff Howard
Pilewska-Kozak Anna
Pilinow Antonina
Pilkiewicz Michał
Piwko Aldona Maria
Płońska Joanna
Podgórecki Adam
Podhorecka Marta
Pollak Kurt
Polsky Daniel
Popielski Kazimierz
Poździoch Stefan
Prażmowska Barbara
Prusak Małgorzata

Pruszyński Jacek J.
Puacz Elżbieta
Purdy Laura
Putz Jacek
Pyziak-Szafnicka Małgorzata

Quinney Earl R.

Radzicki Józef
Raftopoulos Vasilios
Rama-Maceiras Pablo
Rasińska Renata
Rasinski Kenneth A.
Ratajczak Zofia
Reader George G.
Rees Clare S.
Reiger Kerreen
Rek Tomasz
Religioni Urszula
Reszka Paweł
Rębak Dorota
Rich Adrienne
Ries Julien
Riska Elianne
Robinson June K.
Rogala Anna
Rogers Melissa
Ross Sue J.
Rutkowska Elżbieta
Rutkowska Magdalena
Rybka Bogumiła
Ryś Andrzej

Safjan Marek
Sak Jarosław
Sanches Inês
Sandal Jane
Santhanam Aparna
Santos José Moutinho dos
Sarapata Adam
Sarpong Daniel
Sawyer Alice T.
Sawoni Andrzej
Scambler Graham
Schaufeli Wilmar B.
Schäfer Christof
Schommer Jon C.
Schreider Michael
Schultz Johannes
Sehlen Susanne
Selye Hans
Sęk Helena
Sianos Gregory
Sikorska M.
Simon Marek
Siniarska Anna
Shams Tarek
Shaw Jessica C.A.
Shiu Shau-Ping
Singh Gopal K.
Skowron Agnieszka
Skrzat Patryk
Skrzypek Michał
Skwarcz Andrzej

Skwarzyński Michał
Sławińska Anna
Słowik Patryk
Słowińska Anna
Smarż Joanna
Smerdka Agnieszka
Sobczak Marzena
Sobierańska Paulina
Sochalski Julie
Sokolińska Bożena
Sokołowska Magdalena
Solarz Jan
Soniewicka Marta
Sosada Krystyn
Sowa Agnieszka
Straburzyńska-Lupa Anna
Straburzyński Gerard
Stachowski Ryszard
Stadnicka Grażyna
Stalmach-Przygoda Agata
Stanisz Piotr
Stankiewicz Rafał
Stefaniuk Krzysztof
Stefański Marian
Steinert Yvonne
Stepulak Marian Zdzisław
Stilwell Barbara
Stoeckle John D.
Strauss Anselm
Strelau Jan
Strickland Sophie L.M.
Sunderland Vivian B.

Sygit-Kowalkowska Ewa
Szalonka Katarzyna
Szasz Thomas
Szczepański Jan
Szczyrba-Maroń Barbara
Szukalski Piotr
Szulżycka Alina
Szumowski Władysław
Szwałkiewicz Elżbieta
Szydło Marek
Szymanek Jarosław

Tahghighi Mozhdeh
Talias Michael A.
Tałaj Anna
Tan Edwin C.K.
Teixeira Fátima
Terelak Jan F.
Thomas William I.
Thorner Isador
Timmermans Stefan
Tobiasz-Adamczyk Beata
Toker Serdar
Toney Jaime L.
Tsatsoulis Agathocles
Tsoneva Jo
Tulczyński Aleksander
Tuleja Piotr
Tunia Anna
Tybor Oliwia

Uramowska-Żyto Barbara

Urbanek Bożena
Uzun Metin

Vance Jennifer L.
Veatch Robert
Vella Maria
Verma Kanak
Villarejo María Viqueira
Vitzthum Karin
Vordermark Dirk

Wallace Jean
Walters Lucie
Wang Fang
Wang Hsiu-Hung
Waszczuk-Napiórkowska Jolanta
Waszyk-Nowaczyk Magdalena
Wąs Adam
Weintraub Jagdish
Wenger Neil S.
Weseli-Ginter Agnieszka
Wieczorek Włodzimierz
Wieczorkowska Magdalena
Wieder-Huszla Sylwia
Werachowska Lidia
Wierzbowska Ewa
Więcek Andrzej
Wingfield Joy
Wirth Francesca
Wiśniewski Leszek
Witt Ashley A.
Wnukowski K.

Wojciechowski Aleksander
Wojnicka Elżbieta
Wojtczak Krystyna
Wolański Napoleon
Wons Agata
Worley Marcia M.
Woźniak Patrycja
Wratny Jerzy
Wrońska Irena
Wroński Zbigniew
Wu Taixiang
Wyrozębska Agnieszka

Zacharzewski Konrad
Zalewska-Puchała Joanna
Zalewski Tomasz
Zanaty Ola M.
Zapirain Begoña García
Zembaty Jane S.
Zhao Zhuo
Zielińska Eleonora
Zimbardo Philip
Zimmermann Agnieszka
Znaniecki Florian
Zoll Andrzej
Zorrilla Amaia Méndez
Zurn Pascal
Zurzycka Patrycja
Zuwang Shen

Żak Konrad
Żak Łukasz

Żebrowski Jan
Żmichrowska Maria Jolanta
Żukowski Lech J.
Żywicki Mateusz

Spis treści

Wstęp
Część pierwsza
Zawody medyczne – zagadnienia ogólne
Katarzyna Miaskowska-Daszkiewicz
Zawody medyczne w Polsce – problemy interpretacyjne i wyzwania regulacyjne
Joanna Banasiuk
Prawna ochrona wizerunku w praktyce medycznej
Jakub Pawlikowski
Czy wszystkie zawody medyczne potrzebują klauzuli sumienia?
Anna Bednarek, Anna Bodajko-Grochowska, Danuta Zarzycka
Wybrane aspekty migracji zawodowej personelu medycznego
Część druga
„Stare" i „nowe" zawody medyczne – procesy adaptacji i profesjonalizacji
Włodzimierz Piątkowski
Zawód lekarza. Ewolucja problematyki w polskiej socjologii medycyny
Konrad Żak
Profesjonalny doradca czy wykwalifikowany sprzedawca? Rola apteki ogólnodostępnej i farmaceuty w systemie ochrony zdrowia publicznego
Anita Majchrowska
Zakres roli zawodowej współczesnego farmaceuty aptekarza
Joanna Piechowska, Grażyna Iwanowicz-Palus, Agnieszka Bień, Agnieszka Pieczykolan
Zawód położnej w publicznej opiece zdrowotnej – ewolucja ustawodawstwa na przestrzeni lat
Patrycja Zalewska
Refleksje nad rolą zawodową położnej. Między emancypacją a marginalizacją

Patrycja Misztal-Okońska, Mariusz Goniewicz
Ratownik medyczny – nowy zawód medyczny, historia, teraźniejszość i przyszłość
Katarzyna Mełgieś
Zawód fizjoterapeuty – aspekty prawne
Joanna Fidut-Wrońska, Justyna Chmiel, Kamil Chołuj, Agnieszka Karska, Katarzyna Pikto-Pietkiewicz, Piotr Majcher
Profesjonalizacja zawodu fizjoterapeuty
Katarzyna Kowalcze
Rola i miejsce dietetyka we współczesnym systemie ochrony zdrowia
Justyna Krysa, Grażyna Iwanowicz-Palus, Mariola Kicia, Magdalena Korżyńska-Piętas, Ewa Rzońca, Agnieszka Bień
Nowy zawód – opiekun medyczny
Magdalena Wieczorkowska, Agnieszka Pawlak
Koordynator opieki senioralnej zawodem przyszłości w starzejącym się społeczeństwie
Część trzecia
Zawody medyczne wobec nowych wyzwań
Antonina Doroszewska
Stary zawód – nowe (?) umiejętności. Kompetencje komunikacyjne w zawodzie lekarza
Renata Bogusz
Zarobki lekarzy w opinii Polaków
Karol Wiśniewski, Julita Poleszak, Jakub Siembida, Krystian Cholewa, Adam Gędek, Joanna Milanowska
Stres w pracy lekarza – czy można mu zapobiec?
Mariola Kicia, Grażyna Iwanowicz-Palus, Justyna Krysa, Marta Zarajczyk, Magdalena Korżyńska-Piętas, Beata Szlendak, Grażyna Stadnicka
Prewencja stresu i wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek i położnych wyzwaniem dla współczesnego systemu ochrony zdrowia
Magdalena Korżyńska-Piętas, Katarzyna Dziaduszek, Ewa Rzońca, Grażyna Iwanowicz-Palus, Agnieszka Bień
Kulturowo-religijne aspekty opieki położniczej
Agnieszka Skurzak, Dominika Stobnicka, Marta Zarajczyk, Agnieszka Bień, Grażyna Iwanowicz-Palus

Wybrane współczesne wyzwania etyczne w pracy położnej
Luiza Nowakowska
Porody domowe jako zjawisko społeczno-kulturowe oraz wyzwanie dla współczesnego położnictwa
Spis nazwisk występujących w książce

Współczesne zawody medyczne to nie tylko lekarze wielu specjalizacji, lecz także personel medyczny wspomagający lekarzy w trosce o zdrowie pacjentów. Zmieniająca się rzeczywistość, także w sferze demograficznej, wymusza powstawanie nowych profesji zawodowych i nowych specjalizacji dedykowanych człowiekowi od narodzin aż do późnej starości. (…) Książka porusza istotne problemy dotyczące różnych profesji służby zdrowia. Obok lekarzy i pielęgniarek dotyczy nowych zawodów medycznych, które powstały z myślą o starzejącym się społeczeństwie oraz indywidualizacji podejścia do pacjentów.

Z recenzji prof. dr hab. Marii Libiszowskiej-Żółtkowskiej

Zmiany w zawodach medycznych, jakich jesteśmy świadkami w ostatnich dekadach, dotyczą nie tylko zawodów zaliczanych do grupy tzw. podstawowych (...), ale także zawodów nowo powstałych, dla których kompetencje zawodowe są w procesie dookreślania. (…) Podstawą ich odpowiedzialności zawodowej jest określona aksjologia (...) mocno zakorzeniona w tzw. etosie hipokratesowym, w którym zasady dobroczynienia i nieszkodzenia wyznaczają istotę relacji pacjent – profesjonalista medyczny. W tym sensie (...) obserwujemy pewną «ideową ciągłość» i wynikające z niej przekonanie, że mają one służyć przede wszystkim dobru pacjenta.

Z recenzji dr hab. Beaty Dobrowolskiej

Anita Majchrowska – dr n. hum., socjolog, absolwentka Wydziału Nauk Społecznych Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, adiunkt w Samodzielnej Pracowni Socjologii Medycyny UM w Lublinie. Autorka kilkudziesięciu recenzowanych publikacji naukowych z obszaru socjologii zdrowia, choroby i medycyny.

Jakub Pawlikowski – absolwent Wydziału Lekarskiego UM w Lublinie oraz Wydziału Filozofii i Wydziału Prawa KUL, kierownik Samodzielnej Pracowni Socjologii Medycyny UM w Lublinie, Visiting Associate Professor w School of Public Health na Harvard University, Boston, USA, ekspert w organach doradczych Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Włodzimierz Piątkowski – profesor nadzwyczajny UMCS, kierownik Zakładu Socjologii Zdrowia, Medycyny i Rodziny Instytutu Socjologii tej uczelni, równocześnie pracuje jako nauczyciel akademicki na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie, gdzie założył Samodzielną Pracownię Socjologii Medycyny, którą kierował w latach 1995–2017.

Książka dostępna także jako e-book